

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Romana Chudá

Riziko vzniku závislostí u zdravotnických pracovníků v důsledku nadměrného
stresu

The risk of alcohol and drug dependence among healthcare workers as a result of
excessive stress

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Petr Popov

Praha
2011

Prohlašuji, že jsem práci na téma „Riziko vzniku závislostí u zdravotnických pracovníků v důsledku nadměrného stresu“ zpracovala samostatně a použila jsem pouze prameny uvedené v seznamu literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 12.11. 2011

Romana Chudá

.....

Identifikační záznam

CHUDÁ, Romana. *Riziko vzniku závislostí u zdravotnických pracovníků v důsledku nadměrného stresu. [The risk of alcohol and drug dependence among healthcare workers as a result of excessive stress]*. Praha, 2011. 52 s., Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky. Vedoucí práce Popov, Petr.

Poděkování

Děkuji panu MUDr. Petru Popovovi za odborné vedení a metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování bakalářské práce. Za ochotný přístup děkuji vrchním a staničním sestrám nemocnic, v nichž probíhal výzkum. V neposlední řadě patří dík respondentům dotazníku, kteří byli ochotní podílet se na tomto výzkumu a bez nichž by vznik práce nebyl možný.

OBSAH

Abstrakt bakalářské práce	6
Abstract of the bachelor work	8
1. Zdravotnický pracovník.....	12
1.1 Zátěž pracovníků ve zdravotnictví	13
1.2 Rizikové a ochranné faktory práce ve zdravotnictví	14
2. Závislost a syndrom závislosti	16
2.1 Drogy a jejich účinky.....	17
2.2 Závislost u běžné populace	20
2.3 Abusus a jeho specifika u zdravotníků	21
2.4 Léčba zdravotníků závislých na návykových látkách	24
3. Stres.....	25
3.1 Stresové faktory u zdravotnických povolání	25
3.2 Zdravotníci a stres	27
3.3 Syndrom vyhoření (burn out)	28
4. Dotazníkové šetření	32
5. Design výzkumu	35
5.1 Cíle a výzkumné hypotézy.....	36
5.2 Metodologie výzkumu	36
5.3 Charakteristika výzkumného souboru	37
6. Vyhodnocení a interpretace dat.....	39
7. Diskuse a závěry	49

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie

Školní rok: 2007/2010

Abstrakt bakalářské práce

Jméno: Romana Chudá

Obor: Adiktologie

Rok imatrikulace: 2007

Vedoucí práce: MUDr. Petr Popov

Oponent: MUDr. Dušan Randák

Počet stran: 61

Název bakalářské práce: Riziko vzniku závislostí u zdravotnických pracovníků v důsledku nadměrného stresu.

Abstrakt:

Autorka práce se vícekrát setkala se zdravotnickými pracovníky, kteří při výkonu své náročné profese jednali pod vlivem návykových látek, nejčastěji se jednalo o alkohol. Užívání těchto látek zdravotníky se zdálo natolik časté, že se autorka práce rozhodla prokázat existenci většího rizika vzniku závislostí u zdravotníků. Největší podíl na vzniku závislostí přikládala nadměrnému stresu, proto i toto zjištění rozšířilo okruh zkoumaného jevu.

Teoretická část mapuje dostupná odborná data o závislosti, faktorech ovlivňujících vznik závislosti, druzích návykových látek, dále pak poznatky o stresu a syndromu vyhoření v kontextu s tématem zdravotnictví. Praktická část je věnována dotazníkovému šetření, jehož hlavním úkolem bylo nalézt odpovědi na výzkumné cíle a hypotézy.

Pro účely práce byla vybrána skupina respondentů z určitých oddělení pražských nemocnic a záchranné služby bez rozdílu pracovní pozice. Pro výzkumnou část byla použita kvantitativní metodologie, pro sběr dat standardizovaný dotazník, vyhodnocení získaných dat proběhlo tříděním I. stupně.

Výzkumná hypotéza 1, více jak jedna pětina zdravotnického personálu je závislá na některé z návykových látek, byla potvrzena. Výzkumná hypotéza 2, nejvíce zdravotníků je závislých na alkoholu, méně pak na stimulantech a nejméně na lécích, byla potvrzena pouze částečně. Alkohol sice zaujímá s více než dvojnásobným náskokem přední místo co do „oblíbenosti“ mezi závislými respondenty, léková závislost je však na místě druhém a závislost na stimulantech na místě třetím. Výzkumná hypotéza 3, profese má u více jak jedné poloviny respondentů vliv na užívání návykové látky, nebyla velmi těsně potvrzena, rozdíl činil jediný procentní bod.

Jako hlavní cíl práce bylo stanoveno zjištění míry rizika vzniku závislostí u zdravotnických pracovníků. Riziko vzniku závislostí je u zdravotnických pracovníků na rozdíl od běžné populace 1,1 krát větší. Cíl ověření souvislosti nadměrného stresu se vznikem samotné závislosti zdravotníků na návykových látkách byl vyhodnocen jako platný. Jako nejčastější faktor ovlivňující užívání návykových látek byl skutečně označen stres (32% četnost označení).

Výsledky výzkumu byly zcela jistě ovlivněny neochotou respondentů vyjádřit se k tak citlivému tématu, kterým závislost bezpochyby je. Také relativně malý výzkumný soubor a výběr respondentů pouze z některých pracovišť nemůže poskytnout zcela přesná data. Tato bakalářská práce je vstupem pro další výzkum tématu a dá se předpokládat návaznost práce diplomové.

Klíčová slova:

- Zdravotnický pracovník
- Stres
- Syndrom vyhoření
- Návyková látka
- Závislost

Charles University in Prague
First Faculty of Medicine
Department of Psychiatry, Center for Addictology
School Year: 2007/2010

Abstract of the bachelor work

Name: Romana Chudá

Specialization: Adiktologie

Matriculation year: 2007

Supervisor: MUDr. Petr Popov

Opponent: MUDr. Dušan Randák

Pages: 61

The title of the bachelor work: The risk of alcohol and drug dependence among healthcare workers as a result of excessive stress

Abstract:

The author has several times seen medical staff, who had been affected by use of addictive drug, while they had been performing their demanding profession. The drug used most often was alcohol. Addiction of medical staff seemed to be so often, that the author decided to prove the existence of greater risk of addiction in this profession. The author supposed, that the addiction could be caused mainly by excessive stress.

The first part of the bachelor thesis is a research in available literature on topics of addiction formation, kinds of addictive drugs, stress and burn-out effect in medical environment. Second part is a research based on questionnaire survey. Main objective was to confirm hypotheses and achieve research goal

A group of respondents from certain wards in hospitals in Prague and ambulance was chosen for the survey. The position within the ward was not taken into account. The methods used in the second part were quantitative methodology and standardized questionnaire for data collection. Interpretation of results was made by first grade

classification.

Research hypothesis 1 was: More than one fifth of medical staff is addictive to any kind of addictive drug. This hypothesis was confirmed. Research hypothesis 2 was: the most widely spread addiction is on alcohol followed by excitants and medical drugs. This hypothesis was confirmed only partly. Alcohol was twice more often than medical drug addiction which was on the second place. Excitants were on the third place. Research hypothesis 3, the profession affects the drug consumption in more than half of the cases, was closely not confirmed, the difference was only one percentage point.

The main goal of the thesis was to find the rate of addiction formation risk among medical staff. The risk of addiction formation in medical staff is 1,1 times higher than in other professions. The goal to prove the connection between excessive stress and addiction formation was confirmed. Stress was marked as the most common factor affecting drug consumption (32 % of cases).

The results of the research were certainly affected by the unwillingness of respondents to comment on as a sensitive topic as an addiction. Also such a small number of respondents cannot give satisfyingly precise data. This bachelor thesis is a beginning of the research of the topic and the continuation in diploma thesis could be expected.

Key words

- medical staff
- stress
- burn-out effect
- addictive drug
- addiction

I. Teoretická část

Úvod do práce

Některá povolání jsou posláním a patří mezi ně i povolání zdravotnická. Práce zdravotníků přináší určité výhody a má také vysokou společenskou prestiž. Zdravotničtí pracovníci, ať už se jedná o lékaře, sestry, sanitáře, jsou však také podrobeni velké zátěži různého charakteru. Neustálá pozornost, pečlivé sledování stavu pacientů, instrukcí, nároky na paměť, nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel, to je jen malý výčet povinností, které zdravotnický personál má.

Práce ve zdravotnictví je spojena s větší mírou stresu, než je tomu u jiných profesí. Neefektivní strategie vyrovnání se se stresem zahrnuje užívání návykových látek (u zdravotníků je i velké riziko užívání návykových léků), úniky, agresí. Také syndrom vyhoření, doprovázený poměrně vysokou psychickou zátěží, je stav, se kterým se dokonce nejčastěji setkáváme u zdravotníků.

Rizikových faktorů práce ve zdravotnictví je celá řada a některé z nich podporují vznik závislosti. U zdravotníků je častý sklon k „sebeléčbě“ a „sebediagnóze“ v případě pocitů bolesti, úzkosti, deprese, což je velmi často posíleno tím, že zdravotník má běžný přístup k lékárně a zná účinky jednotlivých léků. Ke zneužívání návykových látek zdravotnickými pracovníky může docházet ve kterémkoliv zdravotnickém zařízení. Jaký je skutečný počet závislých zdravotníků se přesně nedá zjistit, jelikož většina z nich svou závislost tají.

Obsahem výzkumné části této práce je přesto snaha o zjištění míry závislosti právě u této profese a ověření souvislosti s nadměrným stresem. Výzkumný problém byl vybrán na základě osobní zkušenosti autorky práce, která je zaměstnána jako zdravotní sestra. Při výkonu svého povolání se autorka setkala s případy, kdy docházelo ke zneužívání návykových látek zdravotníky - kolegy. V návaznosti u nich docházelo k porušování pracovních povinností, zanedbání péče o pacienty. Případ, kdy tento problém vedl až k rozvázání pracovního poměru, nebyl ojedinělý. Co však zdravotníky k takovému jednání vede? Které látky jsou zdravotníky v takových případech užívány? To byly hlavní praktické otázky. Tato práce má za cíl přímo zhodnotit riziko vzniku závislosti a míru vlivu nadměrného stresu na tento stav. V první části práce je popsán teoretický základ souvisejících témat, cílem je ujasnění pojmů a představení odborných názorů. Druhá, praktická část, odpovídá na stanovené cíle práce a výzkumné hypotézy.

Výzkumná práce na toto téma dosud nebyla zpracována, i když se může stát výchozím vodítkem pro omezení tohoto nežádoucího a životy ohrožujícího stavu.

1. Zdravotnický pracovník

Pro náležité osvětlení problematiky této bakalářské práce je nejprve nutné vymezit pojem zdravotnický pracovník. Zdravotnickým pracovníkem je ta fyzická osoba, která vykonává zdravotnické povolání podle zákona o lékařských povoláních (95/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta) nebo podle zákona o nelékařských povoláních (96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů).

Tímto pojmem je v bakalářské práci označována osoba, která se věnuje některému z následujících zdravotnických povolání (vypsanych v hlavě II. zákona 96/2004 Sb.): všeobecná sestra (dále zdravotní setra), zdravotnický záchranář, ošetřovatelka, sanitář a osoba věnující se profesi lékař (dle zákona 95/2004 Sb.).

„V nejobecnějším slova smyslu se právního postavení zdravotnických pracovníků dotýká Úmluva o lidských právech a biomedicíně; v České republice publikována pod č. 96/2001 Sbírky mezinárodních smluv. V uvedeném dokumentu se jedná především o práva pacientů, přitom reálné naplnění těchto práv pacientů, tj. práv založených mezinárodní úmluvou, která má v ČR podle čl. 10 Ústavy dokonce přednost před běžnými zákony, se samozřejmě neděje samo sebou, ale děje se především skrze zdravotnické pracovníky – konkrétní lékaře, střední zdravotnický personál, i nižší a pomocný zdravotnický personál. Je třeba říci, že zákonných povinností zdravotnických pracovníků je dle současné právní úpravy široká škála a navíc je nalezneme v různých právních předpisech, přičemž základní a klíčový katalog povinností pro zdravotníky obsahuje § 55 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu“ (Brůha, 2007, online).

Povinností zdravotnických pracovníků je velmi mnoho. Práce těchto lidí je velmi náročná a zátěž z toho plynoucí veliká. Hlavním faktorům náročnosti práce zdravotníků se krátce věnuje následující kapitola.

1.1 Zátěž pracovníků ve zdravotnictví

Zátěž zdravotnických pracovníků určují faktory specifické a nespecifické. Dále lze tuto zátěž rozdělit do několika typů. Jsou jimi zátěže fyzického, chemického a fyzikálního charakteru, ale také zátěže psychické, emocionální a sociální.

Nespecifické faktory:

- konflikt rolí – práce x rodina,
- trojsměnný provoz,
- spánková deprivace,
- nároky na rychlou adaptaci,
- nutnost týmové spolupráce, souhry,
- nárazový charakter práce.

Specifické faktory:

- tabuizované oblasti lidské existence – tělní dutiny, bolest, soukromí pacientů, smrt.
- pacienti – vliv nemoci – deprese demoralizovaní, vyčerpání, podráždění – sami ve stresu.
- nad nemocí a smrtí nelze definitivně zvítězit.
- vděk pacienta nemusí odpovídat úsilí.
- snadná dostupnost návykových látek, tendence k samoléčení.
- selhání v profesi.
- tendence obracet se na zdravotníka i mimo práci.

Zátěže fyzické, chemické a fyzikální

Mezi tyto zátěže především patří statické zatížení (stání při práci a asistenci u lůžka, stání u vizity), dynamické zatížení (popocházení, přecházení mezi provozy, vyřizování), zatížení páteře (zvedání pacientů), zatížení svalového a kloubního systému, setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, zápach, deformity, vyrážky), narušení spánkového režimu při směnách, nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu, kontakt s léky, desinfekčními přípravky, pomůckami, hluk, nesprávné osvětlení, vibrace, radiační záření.

Zátěže psychické, emocionální, sociální

Zde jsou nejčastěji uváděny neustálá pozornost, pečlivé sledování (stavu pacientů, instrukcí, přístrojů), rychlé přepojování mezi činnostmi, pružné reagování na různorodé požadavky a změny, nároky na paměť, velká zodpovědnost za výsledky (následky) své práce, nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel, nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací, nutnost improvizace při nárazovém charakteru práce, opakované setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech, konfrontace s bolestí, smrtí, utrpením, vyrovnání se s pocitem bezmoci, působení bolesti druhým lidem, provádění řady činností, které běžně vzbuzují odpor, konflikt rolí, nízké ohodnocení náročné práce, nároky na neustálé učení a vzdělávání se (Bartošíková, 2006, str. 11 – 12, Venglářová, 2011, str. 58).

1.2 Rizikové a ochranné faktory práce ve zdravotnictví

Následující výčet přehledně popisuje rizikové faktory, kterým jsou pracovníci během výkonu svého povolání vystaveni. Jsou zde vyjmenovány pouze některé faktory, které se mohou vyskytovat ve zdravotnictví. Tyto faktory se nevyskytují izolovaně, promítají se u jednotlivých osob různě a vstupují do interakcí s jejich jednotlivými charakteristikami. Je zde důležitá psychická i fyzická odolnost, motivace a uplatňují se zde i jejich další potřeby.

- Kontakt s do značné míry tabuizovanými oblastmi lidské existence (zkoumání různých tělních dutin, bolest, soukromí pacientů, smrt).
- Emoční stavy pacientů a jejich reakce (deprese, vyčerpání, podrážděnost, hněv apod.).
- Velká odpovědnost (morální a právní), nejistota při zodpovědné volbě optimálního léčebného postupu.
- Konflikt rolí (role otce nebo matky versus nároky zdravotnické profese, terapeut versus manažer a podnikatel, který musí brát v úvahu ekonomické tlaky apod.).
- Velká dostupnost návykových látek.
- Sklon k samoléčení.
- Zdravotník bývá svým okolím často vnímán přes svoji profesi, což může vést k obtížnějšímu oddělování profesionálního a soukromého života.

- Reálná zdravotní rizika v některých zdravotnických profesích (např. infekce nebo riziko napadení pacientem).
- Trojsměnný provoz a noční práce, někdy i spánková deprivace.
- Nutnost rozhodovat se i při neúplných informacích.
- Nároky plynoucí z týmové práce a interpersonálních problémů. Stres, vyčerpání, nedostatečná gratifikace a další okolnosti týmovou práci ještě znesnadňují.
- Nárazový charakter práce v mnoha oborech. Zdravotník bývá náhle zavalen složitými, někdy navzájem neslučitelnými úkoly, které má zvládat ve velmi omezeném čase.
- K obecně stresujícím faktorům patří nepředvídaný hluk, který zvyšuje riziko vzniku syndromu vyhoření u sester na jednotce intenzivní péče (Nešpor, 2001, str. 8).

Stres u zdravotnických pracovníků a také syndrom vyhoření podrobně popisuje kapitola 3.

Nepříznivý vliv rizikových faktorů práce ve zdravotnictví mohou kompenzovat ochranné faktory. Ty umožňují nacházet v práci satisfakce, mohou posilovat motivaci k další činnosti a podílí se na spokojenosti zdravotnických pracovníků. Jsou jimi například nadprůměrná informovanost o zdravotních záležitostech a o ochraně zdraví, znalost kde hledat odbornou pomoc, setkávání se různorodými lidmi, pocit uspokojení z dobře vykonané práce, zážitky z hrdosti a radosti podaří-li se nemocného uzdravit, získávání stále nových zkušeností a dovedností.

Zdravotníci mají také relativně vysokou společenskou prestiž, jak opakovaně potvrzují výzkumy veřejného mínění. I to může být zdrojem určité gratifikace a může to přispívat k výše zmíněnému pocitu smysluplnosti (Bartošíková, 2006, str. 17 - 18).

2. Závislost a syndrom závislosti

Základní terminologie rozlišuje úzus psychoaktivní látky, její škodlivé užívání a syndrom závislosti (Kalina, 2008, str. 53). Společný rys všech závislostí je craving (bažení). Patří mezi podstatný projev. „Craving je nutková touha užít drogu (pojem je podrobně vysvětlen v následující kapitole) spojená s kompulzivním užíváním drog“ (Kalina, 2008, str. 33). Dle WHO je craving touha pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost (Nešpor, 1999, str. 5). Vyskytuje se při odnětí drogy nebo během abstinence při kontaktu s drogou. Můžeme připustit, že při pojmu craving je skryto více stavů s odlišnou podstatou:

- craving jako touha po odměňujících účincích drogy,
- craving jako touha uniknout nepříjemným psychickým stavům,
- craving jako stav s dominujícím obsesivním charakterem.

Craving je považován za hlavní moment přesmyku užívání drogy do závislosti (Kalina, 2008, str. 33 – 34)

Přesná definice syndromu závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí: „Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí poopakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí“ (WHO, 2008, str. 193). „K základním znakům závislosti patří vysoká touha užít drogu snižená kontrolou nad touto touhou a nad užíváním drog a snižená odměňující hodnota biologicky přirozených zdrojů odměny“ (Kalina a kol., 2008, str. 32).

Abychom diagnostikovali závislost, je zapotřebí identifikovat minimálně tři z dále uvedených projevů syndromu závislosti:

- nutková potřeba užít drogu,
- ztráta volní kontroly při jejím užívání,
- užívání i přes škodlivé následky,
- droga je na prvním místě před ostatními aktivitami a závazky, na prvním místě je sehnání drogy,
- zvýšená/snížená tolerance,
- odvykací stav při nedostatku nebo při vysazení drogy (Kalina a kol., 2001, str. 117).

Závislost se dělí na tělesnou (fyzickou) a na psychickou složku. Fyzická složka závislosti nutí uživatele dodržovat mezi jednotlivým užitím drogy určitý časový odstup, aby u uživatele nedošlo k rozvoji odvykacího stavu (viz níže). Organismus se přizpůsobí droze a zahrne ji do své látkové výměny (Minařík, 2007, online). „Odvykací stav je soubor různě závažných a různě kombinovaných příznaků, které se objevují po vysazení nebo snížení dávek psychoaktivní látky (drogy), která byla užívána dlouhodobě, opakovaně a/nebo ve vysokých dávkách“ (Kalina a kol., 2001, str. 73).

Dále má závislost složku psychickou, přičemž se jedná pouze o duševní stav, který vzniká po užití drogy. Psychická závislost se neprojevuje vzestupem tolerance nebo odvykacími příznaky (Kalina a kol., 2001, str. 89).

2.1 Drogy a jejich účinky

Drogami (návykovými látkami) označujeme buď látky přírodní, nebo synteticky připravené. Tyto látky působí na naši psychiku, ovlivňují naše prožívání i chování. Jsou to látky návykové, mohou tedy vyvolat závislost (Marádová, 2006, str. 5).

„Droga je v podstatě psychoaktivní látka, která mění duševní procesy tj. myšlení nebo emoce, tento pojem se týká všech druhů látek, zakázaných i povolených. Psychoaktivní však neznamená nutně závislost vytvářející“ (Kalina, 2001, str. 89).

Ekvivalentem psychoaktivní látky je látka psychotropní, tj. látka ovlivňující psychiku a duševní procesy. Tento pojem lze použít pro jakoukoli látku, která primárně nebo druhotně ovlivňuje centrální nervovou soustavu. Tento pojem se také vztahuje na látky, které mají pro své účinky na psychiku vysoké riziko návyku nebo závislosti (Kalina, 2001, str. 90).

Následující přehled zpřístupňuje rozdělení psychoaktivních látek, definuje je a také uvádí jejich účinky. Jedná se jak o látky zakázané, tak i povolené, které byly sledovány ve výzkumné části práce.

Alkohol

„Alkohol, chemicky etylalkohol, etanol vzniká procesem kvašením cukrů. Tuto látku lidstvo zná od nepaměti. Společně s nikotinem patří mezi legální drogy. Alkohol působí hlavně na nervový systém, který řídí vědomí a emoce“ (Fürst, 1997, str. 201). Alkohol je rozšířen po celé planetě. V České Republice se nadměrná konzumace alkoholických nápojů týká přibližně 25% dospělé mužské populace a 5% žen (Kalina a kol. 2003, str. 151). Alkohol se požívá per os, dobře prochází biologickými membránami, dobře se vstřebává z trávicího traktu a prochází hemoencefalickou membránou. Účinky alkoholu

závisí na dávce a dalších faktorech např. vlivu prostředí, dispozici. Malé dávky alkoholu působí stimulačně, vyšší dávky spíše tlumí (Kalina a kol., 2008, str. 341).

Odvykací stav se objevuje u osob, které alkohol užívají intenzivně a dlouhodobě. Dochází k němu během několika hodin až dní po přerušení konzumace alkoholu. Jeho projevy jsou třes, pocení, poruchy stability, spánku, hypertenze, nauzea, zvracení, halucinace nebo iluze, tachykardie, úzkost. Komplikacemi jsou křeče, může také progredovat do alkoholového odvykacího stavu s deliriem – delirium tremens – což je závažný, někdy i život ohrožující stav s relativně vysokou úmrtností (Kalina, 2008, str. 342).

Stimulancia

Jsou to látky, které celkově působí jako povzbuzení organismu, zvyšují jak duševní, tak i tělesný výkon. Jejich hlavními účinky jsou potlačení únavy, potlačení pocitu hladu, zlepšení nálady, urychlení myšlení, obecně stimulancia navozují pocity síly a energie (taneční drogy - extáze). Prvotní efekt je většinou příjemný a výrazný málo, kdy dochází ke stavům podráždění, nervozity a úzkosti. Při častém a dlouhotrvajícím užívání dochází k zásadním změnám psychiky. Tento účinek se mezi uživateli popisuje jako „stíha“. Podkladem je rozvoj toxické psychózy – psychické poruchy, která se projevuje paranoiou a mimořádně trýznivými paranoickými halucinacemi (Kalina a kol., 2003, str. 164). Odvykací stav je doprovázen únavou, neklidem, chutí k užití drogy, vyčerpáním organismu. Odvykací stav však neohrožuje na zdraví ani životě (Kalina a kol., str. 358). Zástupci této kategorie jsou:

Extáze - methyledioxymethamfetamin (MDMA). Patří mezi syntetické drogy. Může vyvolávat nespavost, neklid podrážděnost, někdy i halucinace nebo pocity pronásledování. Má nepředvídatelné účinky, předávkování může vyvolat i smrt. Předávkování je již po malých dávkách (Ganeri, 2001, str. 134)

Pervitin – patří mezi budivé aminy, které byly objeveny na přelomu 19. a 20. století. Typicky je to prášek bez zápachu, hořké chuti. Aplikace je intranazálně (přes nosní sliznici) nebo injekčně. Účinek u intravenózní aplikace (žilní) je ihned, u intranazální 5 až 10 minut. Po požití per os je účinek patrný do 1 hodiny. U nás je nejrozšířenější drogou.

Kokain – je alkaloid jihoamerického keře *Erythroxylon coca* (koka pravá). Tradičně se aplikuje tak, že se žvýkají jeho listy. Typické způsoby aplikace kokainu jsou intranazální a injekční, lze jej i kouřit. Účinek je krátkodobý, jeho pokles nastává už po 30 minutách (Kalina a kol., 2008, str. 359).

Kofein – je to mírný stimulant centrálního nervového systému s vazodilatačním (rozšiřujícím cévy) a diuretickým (močopudným) účinkem. Nachází se v kávě, čaji, čokoládě, kolových nápojích a v některých dalších nealkoholických nápojích. Akutní a chronické nadužívání (příjem nad 500 mg) je označován jako „kofeinismus“. Příznaky jsou zrudnutí tváře, tachykardie (zrychlený tep), nespavost, problémy s řečí. Občas se vyskytuje podráždění, deprese nebo schizofrenie (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, online).

Analgetika, sedativa, anxiolytika

Ve všech případech této skupiny se jedná o léky. V populaci jsou nejčastěji používána analgetika a nesteroidní antiflogistika (dále NSA). Většinou se užívají per os, některá opioidní analgetika se užívají injekčně. Lékové závislosti se velmi podceňují a pokládají se za méně problematické ve srovnání se závislostmi na jiných drogách, jsou však obtížně léčitelné. Dlouho závislost probíhá skrytě a často za podpory rodiny a zdravotnického systému. Hlavním klíčem k léčbě lékových závislostí je řešit primární poruchu, kvůli které začal pacient léky, na kterých se stal posléze závislým, užívat (Kalina a kol., 2003, str. 183).

Jednotlivé druhy léků lze definovat následovně:

Analgetika - jsou léky, které snižují vnímání bolesti. Můžeme je rozdělit na opioidní analgetika a na již zmíněná NSA. Opioidní analgetika pravděpodobně působí přímo v centrální nervové soustavě, mozku a míše. Užívají se k tišení středně silné až silné bolesti – po operacích, poúrazově, u onkologicky nemocných. NSA působí v místě bolesti, kde se vytváří zánětlivá reakce. NSA blokují tvorbu některých látek, které dráždí nervové zakončení a tím vyvolávají bolest, NSA jsou určena k tišení bolesti nižší až středně silné intenzity, jako jsou bolesti kloubů, svalů. (Kalina a kol., 2003, str. 180).

Sedativa - jsou léky, které se užívají ke zklidnění. V přeneseném slova smyslu se mohou za sedativa pokládat také hypnotika – léky, které vyvolávají ospalost a navozují spánek. Indikací jsou poruchy spánku, předoperační příprava pacienta, vlastní anestezie. Barbituráty patřící do skupiny sedativ mají také využití v léčbě epilepsie. Léky „na spaní“ jsou velmi často předepisovanou kategorií léčiv, dost často neúčelně a zbytečně (Kalina, 2003, str. 180).

Anxiolytika - jsou léky, které se používají k odstranění úzkosti, psychického napětí a strachu. Snižují duševní aktivitu, mají uvolňující a zklidňující účinky tlumí stres a napětí (Ganeri, 2001, str. 95).

Příloha 1 zobrazuje některé výše zmíněné konkrétní druhy drog v souvislosti s typem vznikající závislosti (somatická, psychická) a vzestupem tolerance vůči těmto drogám.

2.2 Závislost u běžné populace

Aby bylo možné posoudit míru rizika vzniku závislostí u zdravotnických pracovníků, je nejprve nutné alespoň stručně popsat početní stav závislých u běžné populace. Dostupné informace se týkají obvyklých tvrdých a lehkých drog, počet závislých na kávě, ale také na lécích se nepodařilo dohledat. Přitom právě léková závislost u zkoumaného vzorku je velmi důležitá. Zdravotník může během výkonu svého povolání nejenže užívat látky běžným lidem nedostupné, ale také má například ze své pracovní pozice možnost maskovat „úniky“ léků (předepisování vyšších dávek, neposkytnutí celé dávky pacientovi apod.), je tedy nasnadě, že tato skupina návykových látek bude u zkoumaného vzorku zastoupena. Existuje však předpoklad, že právě díky větší dostupností léků pro zdravotníky by bylo srovnání s normální populací nepatřičné.

Alkoholismus

Podle celonárodního průzkumu z roku 2010, probíhajícího formou odborných rozhovorů se 3 200 respondenty zastupujícími všechny skupiny obyvatel, je v Česku na alkoholu závislých zhruba 550 tisíc lidí. Alkoholiků je v Česku čtyřikrát více, než se myslelo, drtivá většina se ze závislosti neléčí. „Do nejrizikovější kategorie spadá 7,2 procenta dotázaných. Jde o lidi, kteří mají podle zavedených diagnostických metod rozvinutou závislost na alkoholu, a tedy by se měli léčit. Takto velký a do hloubky provedený průzkum se u nás dosud nikdy neprováděl. Poprvé máme k dispozici data, která vypovídají o tom, jak závažným problémem u nás nadužívání alkoholu je.“ uvedl Ladislav Csémy, šéf pražského psychiatrického centra, které bylo hlavním garantem průzkumu (Viktora, 2010, online).

Drogová závislost

Na podzim roku 2009 byl Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti proveden Výzkum občanů. Nalezené míry prevalence byly signifikantně nižší než v celopopulační studii z r. 2008. Při zohlednění výsledků obou studií dosahuje celoživotní prevalence užívání extáze v české dospělé populaci 5 – 10 %, pervitinu přibližně 4 % a kokainu 2 %. Prevalence užití extáze v posledním roce mezi českými dospělými pak dosahuje hodnot 3 – 4 %, pervitinu do cca 1,5 % a kokainu cca 0,5 % (Mravčík et al., 2010, online).

Jiné údaje jsou dostupné z Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost. Centrum uvádí, že celoživotní prevalence užívání extáze v České republice je 4,6 %, pervitin (metamfetamin) a amfetaminy (2,5 %) a kokain (1,5%) (EMCDDA, 2010, online).

2.3 Abusus a jeho specifika u zdravotníků

Pokud není uvedeno jinak, jsou jednotlivé části této kapitoly čerpány ze zdroje Činčura, 2007, online. Abusus (škodlivé užívání/zneužívání drogy) - tímto pojmem se rozumí – „vzorec užívání, který poškozuje zdraví. Poškození může být tělesné (např. žloutenka při nitrožilním přijímání drogy), nebo duševní (např. deprese objevující se druhotně při těžkém pití)“ (Nešpor, Csémy, 2003, str. 27). Zneužíváním látky je obecně charakterizován vzorec zneužívání látky, vedoucí k závažnému poškození nebo k psychické úzkosti, k jehož projevům došlo 1x nebo vícekrát v období 1 roku. Tímto vzorcem může být:

- opakující se užívání návykových látek vedoucí k nesplnění pracovních povinností,
- opakující se užívání návykových látek v situacích, které jsou fyzicky nebezpečné,
- pokračování v užívání návykových látek přes trvalé nebo opakující se sociální nebo mezilidské problémy (Americká psychiatrická asociace, 1994, online).

Ke zneužívání návykových látek zdravotnickými pracovníky může docházet ve kterémkoliv zdravotnickém zařízení. Jaký je skutečný počet závislých zdravotníků se přesně nedá zjistit, jelikož většina z nich svou závislost tají. Obsahem výzkumné části této práce je však přesto snaha o zjištění míry závislosti právě u této profese. Při detekci abusu je v první řadě důležité chránit pacienta před zdravotníkem. Důležitou věcí je dále to, aby každé oddělení mělo vypracované plány pro bezpečnostní opatření, jasně určené kroky pro to co je třeba v tomto případě podniknout. Sledovaným cílem je, aby zdravotník nepřišel do kontaktu s pacientem.

Největší počet závislých lékařů je na oddělení intenzivní medicíny, psychiatrie a anesteziologie. Nejnižší naopak v porodnictví, patologii, pediatrii a radiologii. 6% - 8% zdravotních sester má zkušenost s chemickou závislostí, ta ovlivňuje jejich pracovní výkon. Také na základě předchozích tvrzení byl vybrán výzkumný soubor respondentů, více viz kapitola 5.

Na pracovníky ve zdravotnictví působí faktory, které podporují vznik závislosti. Patří sem dlouhá pracovní doba, práce na směny, nutné rychlé rozhodování se v kritických situacích, nutnost vyvážit odpovědnost pracovní a rodinnou, dalším faktorem je také častý kontakt se smrtí. U zdravotníků je častý také sklon k „sebeléčbě“ a „sebediagnóze“ v případě pocitů bolesti, úzkosti, deprese, což je velmi často posíleno tím, že zdravotník má běžný přístup k lékárně a zná účinky jednotlivých léků.

Příznaky abusu lze dělit na:

Sociální, kterou zastupuje především izolace, kdy zdravotník preferuje noční směny, vyhýbá se společnému stravování, zanedbává rodinu.

Behaviorální změny, například neadekvátní reakce, snížená bdělost, finanční problémy, nadměrné popíjení při společenských akcích.

Fyzické, kdy zdravotník zanedbávání osobní hygienu, vyskytuje se u něj nadměrné pocení, snížená artikulace, nadměrné užívání bonbónů, žvýkaček, ústních vod na provonění dechu, má nadměrné požadavky na dávkování analgetik pacientům.

Příznaky týkající se zaměstnání/výkonnosti, které se mohou projevit jako spory s kolegy a pacienty, časná absence, pozdní příchody do práce, příliš dlouhé přestávky na oběd, časté chyby v určení diagnózy a podávání medikace, nedostatky ve zdravotnické dokumentaci, časté změny pracoviště.

Známkou zneužívání léků se mohou stát případy, kdy zdravotník často navštěvuje oddělení intenzivní péče (pokud tam nepracuje), rád pracuje s léky, zejména s těmi, které podléhají evidenci, nízký efekt terapie bolesti u pacientů, i když je medikace předepsaná adekvátně, přichází na oddělení jako první a odchází jako poslední, pohyb na pracovišti i mimo pracovní dobu.

Jediný dostupný výzkum věnující se souvislosti závislosti a zdravotnického povolání v České republice je práce MUDr. Trojana z psychiatrické kliniky v Jihlavě (2010): Zdravotníci na oddělení léčby závislostí. Jeho práce je specifická tím, že soubor respondentů tvořili již detekovaní závislí podrobení speciální léčbě. Zároveň tito závislí dříve pracovali ve zdravotnictví, jednalo se tedy o silně selektovanou skupinu respondentů. Jako cíle šetření Trojana jsou uváděny: zastoupení zdravotníků na oddělení závislostí, které profesní skupiny dominují, návykové látky u zdravotnických profesí, vliv profesního stresu a pracovního prostředí na vznik závislosti, která věková skupina je nejohroženější a souvislost s délkou praxe, zda se po ukončení léčby vrací zpět do zdravotnictví, osobnostní profil závislých zdravotníků, specifika léčby kolegů – zdravotníků.

Následující tabulka 1 představuje dostupné výstupy tohoto výzkumu. Otázky dotazníku, vysvětlivky (níže uvedené jsou pouze orientační), počet respondentů, komentáře k jednotlivým údajům (např. frekvence užívání návykových látek) ani možnosti odpovědí (jedna, více) bohužel nejsou zveřejněny a nebyly ani po opakovaném kontaktování autora výzkumu poskytnuty.

Tab. 1: Výsledky výzkumu (Trojan, 2010)

Rozložení dle profese [%]		Věk [%]		Délka praxe [%]	
Lékař	13	20 až 29 let	13	1 až 9 let	35
SZP	70	30 až 39 let	26	10 až 19 let	35
NZP, PZP	17	30 až 39 let	43	Více než 20 let	30
		40 až 49 let	18		
		50 až 59 let	0		
Užívané návykové látky		Typ zařízení [%]		Práce na směny [%]	
OPI + BZD	4	Lůžka	70	Ano	65
ALK+ BZD + OPI	17	Ambulance	17	Ne	35
ALKOHOL	74	ÚP	13		
GAM +ALK	4				
PPP	13				
Obor respondenta		Vliv pracovního prostředí a zátěže na vzniku závislosti [%]		Návrat zpět k profesi [%]	
ARO/JIP	17	Udává	35	Ano	70
Psychiatrie	17	Neudává	43	Ne	22
Chirurgie	13	Nevyjádřilo se	22	Neví, jiné	8

Vysvětlivky: SZP - střední zdravotnický personál, NZP - nižší zdr. personál, PZP - pomocný zdr. personál, OPI - opiáty, BZD - benzodiazepiny, ALK - alkohol, GAM - nezjištěno, PPP - nezjištěno, ÚP - nezjištěno, ARO - anesteziologicko - resuscitační oddělení, JIP - jednotka intenzivní péče.

Za zmínku v souvislosti s vlastním cílem této práce stojí fakt, že 70 % závislých zdravotnických pracovníků náleželo ke střednímu zdravotnickému personálu. Mezi užívanými návykovými látkami zcela výjimečně dominuje alkohol. Vliv pracovního prostředí a zátěže na vznik závislosti dle Trojana udává 35 % respondentů.

2.4 Léčba zdravotníků závislých na návykových látkách

Léčba závislostí se u zdravotnických profesí moc neliší od léčby jiných profesí. Uplatňují se zde stejné nebo podobné postupy.

Specifika léčby u lékařů

Návykový problém se často rozpozná až v důsledku krize, např. stížnost pacienta, intoxikace během operačního výkonu, krádeže nebo neúměrné předepisování návykových látek. Závislý lékař zneužívá návykové látky o samotě, za své jednání se stydí, a dostávají se tak do značné izolace. Ve Spojených státech se uplatňují dva mechanismy, jak přimět závislého lékaře se léčit. Tím prvním je tlak profesních sdružení a úřadů, které mají přirozeně zájem předcházet rizikovému chování závislého lékaře ve vztahu k pacientům. Druhou možností je nabízení diskrétní dobrovolné léčby. Oba tyto mechanismy se mohou uplatňovat souběžně a být více nebo méně vhodné pro určité typy závislých lékařů. Zdá se, že druhá z uvedených možností se více hodí pro mladší lékaře, u nichž návykový problém nedosáhl takového stupně závažnosti, aby na sebe upozornili nevhodným chováním. Speciální programy pro závislé lékaře jsou pro malou zemi, jako je Česká republika, málo praktické, v našich podmínkách patrně vhodnějším řešením je poněkud přizpůsobit léčbu lékařů ve stávajících zařízeních.

Specifika léčby u zdravotních sester

Většina prací se shoduje v tom, že návykový problém u zdravotní sestry nebo jiného pracovníka ve zdravotnictví je třeba co nejdříve rozpoznat a poskytnout pracovníkovi příležitost se léčit a problém překonat. Pokud by o léčbu neměl pracovník sám dostatečný zájem, je vhodné ho k léčbě motivovat (Nešpor, 2001, str. 21 - 22).

3. Stres

Původ samotného slova stres pochází z anglického termínu „stress“, z latinského slovesa „stringo, stringere, strinxi, strictum“ což v překladu znamená – stahovati, utahovati, zadržovati (Křivohlavý, 1994, str. 7). „Stres je nespecifická obranná reakce (odpověď) organismu na jakýkoli požadavek (zátěž) organismu, kterým byl organismus zatížen“ (Venglářová a kol. 2011, str. 48). Termín stres se původně užíval v technice a průmyslu ve vztahu k fyzikální síle, která působí na materiál. Odborníci tak používají tohoto výrazu v přeneseném slova smyslu. Hovoří o něm jako o vnitřním napětí v člověku, který je vystavován nepříznivým vlivům, o namáhavosti a namáhání člověka v zátěžových situacích (Křivohlavý, 1994, str. 9).

„Za jednoho z nejvýznamnějších otců teorie stresu je považován doktor Hanz Selye. Podle Selyeho definice z roku 1971 je stres nespecifickou reakcí organismu na jakýkoli požadavek prostředí, například na jeho změnu“ (Hrstka, Vosečková, 2008, str. 7).

„Stres lze chápat jako psychický i somatický stav, který znamená v určitém okamžiku nebo časovém úseku déletrvající a/nebo silnější odchylku od obvyklé úrovně excitace“ (Bartošíková, 2006, str. 7).

Pokud hovoříme o stresu, můžeme ho chápat různě podle toho, na kterou jeho stránku nebo charakteristiku položíme důraz. Stresem tedy můžeme rozumět těžkou situaci v životě člověka, podmínku, okolnost nebo nepříznivý faktor (stresor), odpověď organismu na stresujícího činitele, celkový vnitřní stav – jak fyzický tak i psychický (Křivohlavý, 1994, str. 10 – 11)

Stres jako celek není škodlivý. Rozlišujeme aktivaci organismu, která je zdraví prospěšná – eustres a trvalou, zdraví škodlivou zátěž – distres (Venglářová, 2011, str. 49). O distresu hovoříme v případě, kdy přetížení člověka v dané situaci výrazně převyšuje jeho možnosti. Eustres je pozitivní zátěž, kdy dochází k přetížení člověka, ale jedinec si ho nemusí všimnout nebo ho rád podstoupí. Snažíme se zvládnout něco, co nám přináší radost (Křivohlavý, 2010, str. 25).

3.1 Stresové faktory u zdravotnických povolání

Stresory můžeme chápat jako na člověka negativně působící vliv (Hrstka, Vosečková, 2008, str. 11). Jak uvádí Venglářová (2011, str. 50 – 51), jsou stresory negativní faktory v životě člověka. Jako stresor se dá se označit vše, co člověka zatěžuje, přičemž tato zátěž vyvolává stres.

Stresové události mají charakteristické znaky:

- nadměrná touha po společenském uznání,
- přebírání a řešení problémů druhých,
- pokud určitou událost nemáme pod kontrolou,
- negativní události přisuzujeme vlastnímu selhání - „Jsem neschopná“,
- událost ohrožuje naše sebevědomí,
- obětování se pro druhé (například zdravotníků pro pacienty).

Zdravotníci se ve svém náročném povolání setkávají s celou řadou stresorů. Stresory lze z hlediska délky rozdělit na krátkodobé (např. záchrana života pacienta, mohou se týkat i přímo nemocného např. jeho akutní bolest) a dlouhodobé stresory (u zdravotníka to může být např. zodpovědnost za pacienty, u nemocného je to jeho např. dlouhodobá bolest) (Venglářová, 2011, str. 51)

Dále je můžeme rozdělit na velké a malé stresory:

„Ministresory – vyjadřují mírné až velmi mírné okolnosti, které vyvolávají stres (např. dlouhodobý nedostatek lásky)

Makrostresory – jsou děsivě působící, deptající až vše ničící vlivy“ (Hrstka, Vosečková, 2008, str. 12).

Stresové faktory, se kterými se zdravotníci setkávají při výkonu svého povolání, ale i v běžném životě:

- Fyzikální faktory: prudké světlo, nadměrný hluk, nízká nebo vysoká teplota, radiace, rentgenové záření.
- Psychické faktory: nároky související s obsahem práce (pracovní zatížení, odpovědnost za pacienty), škola (zkoušky, termíny úkolů), nesplněná očekávání, věk, frustrace.
- Fyziologické faktory: nedostatek pohybu, nevhodné stravování, přetěžování páteře, cévního systému, apod.
- Sociální faktory: osobní vztahy (konflikt, nevěra, zklamání, týrání), organizace práce (potíže s komunikací).

- Traumatické faktory: události (narození dítěte, úmrtí, sňatek, rozvod, chronické onemocnění, ztráta životní role, ztráta zaměstnání).
- Vznik stresu v dětském věku: vystavení se stresu v dětství, na nás může zanechat celoživotní následky (týrané a zneužívané děti, školní zátěž, přílišná náročnost rodičů) (Venglářová a kol., 2011, str. 50 – 52).

3.2 Zdravotníci a stres

„Práce ve zdravotnictví je spojena s větší mírou stresu, než je tomu u jiných profesí. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů, rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění a je častým důvodem, proč zdravotníci opouští zdravotnictví. Nadměrný stres zhoršuje zdravotní stav i produktivitu zdravotníků a toto se přenáší i do jejich rodin“ (Bartošíková, 2006, str. 10).

Světová zdravotnická organizace říká, že stres a jeho působení na zdravotnického profesionála (poskytovatele medicínských služeb - lékaře, sestru, psychologa, psychoterapeuta) lze správně poznat pouze na základě celostního přístupu k danému jedinci, včetně jeho aktuálního postavení na škále mezi zdravím a nemocí. Tento přístup zahrnuje jak objektivní, tak subjektivní atributy zdraví v duchu vývoje definice zdraví uváděné Světovou zdravotnickou organizací (Doubek, 2006, online).

Důsledky nadměrného stresu a návykového chování u zdravotníků se prolínají. Nadměrný a příliš dlouho trvající stres zvyšuje riziko vzniku závislostí na návykových látkách. Rizikové není pouze návykové chování, ale i škodlivé užívání návykových látek. Možné důsledky nadměrného stresu a návykového chování v duševní rovině, tělesné rovině, rodinném životě a pracovní oblasti popisuje příloha 2 (Nešpor, Csémy, 2001, str. 3 - 4).

Vyrovňování se stresem je individuální záležitost. Neefektivní strategie zahrnuje:

- Užívání návykových látek – tabák a káva zátěž na úrovni např. kardiovaskulárního systému nesnižují, ale zvyšují. Podobně působí i alkohol. U zdravotníků je i velké riziko užívání návykových léků, ať už z řady hypnotik nebo anxiolytik (příloha 3 ukazuje typické problémy v pracovním prostředí způsobené jednotlivými druhy návykových látek).
- Úniky – pracovní zátěž nezvládneme tím, že budeme od nevyřešených problémů unikat do další práce, nebo čekat až se to „nějak vyřeší“.
- Agrese – obviňováním druhých nic nevyřešíme (Nešpor, Csémy, 2001, str. 3 - 4).

Strategie boje se stresem obecně zahrnuje postupy zaměřené na řešení či odstranění problému – jde o vyvinutí vlastní aktivity k řešení problému (např. hledání informací o stresové situaci, schopnost situaci řešit, hledání pozitivních stránek na tom co se děje, správná organizace času) a postupy zaměřené na zvládnutí emocí – zde jde o zklidnění emocí. Cílem je udržení vnitřní rovnováhy (Křivohlavý, 2010, str. 29 - 30).

3.3 Syndrom vyhoření (burn out)

„První zmínky o syndromu vyhaslosti, vyhoření, byly publikovány v USA v letech 1974 – 1975, kdy pojem burn out začal užívat H.J. Freudenberger“ (Bartošíková, 2006, str. 20). Ten syndrom vyhoření popsal takto: „U někoho jsou to pocity únavy a exhausce (vyčerpání), neschopnost setrátit pocit chladu, pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až po nespavost a depresi. Ve stručnosti lze říci, že tento, syndrom zasahuje na nejrozličnějších místech celou psychosomatickou oblast. To jsou převážně tělesné projevy. Mohou se však objevit příznaky ve sféře psychické a behaviorální (chování), například osoba známá povídavostí je náhle zamlklá. Objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená iritabilita (podrážděnost), ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny“ (Venglářová a kol., 2011, str. 23 – 24).

„Definice syndromu vyhoření je celá řada. Některé jsou orientovány na konečný stav, tzn. na stav emočního, fyzického a mentálního vyčerpání, jiné jsou definovány jako proces, který má vlastní vývoj“ (Jeklová, 2006, str. 7). Všechny definice syndromu vyhoření však mají několik společných znaků: přítomnost negativních emocionálních příznaků, spojování s určitými druhy povolání, syndrom vyhoření nesouvisí s psychickou patologií, důraz se klade na psychické příznaky. Syndrom vyhoření tedy vylučuje všechny stavy, které jsou spojeny s psychiatrickou diagnózou nebo s monotónností práce. Tento stav není spojován s pocity neschopnosti (Jeklová, 2006, str. 7 – 8).

Syndrom vyhoření se čím dále častěji objevuje v různých oblastech. Nejčastěji se ale objevuje v profesích, které jsou označovány jako pomáhající – tedy u sociálních pracovníků, asistentů, dobrovolníků apod. Nejčastěji se však s tímto syndrom setkáváme u zdravotníků (lékařů, zdravotních sester). Vyhoření je doprovázeno poměrně vysokou psychickou zátěží, která komplikuje jejich stav (Jeklová, 2006, str. 6). Smysl zdravotnických profesí je převážně o poskytování pomoci, přičemž zpětná vazba není vždy dosažitelná. Hodnota vykonané práce je zde prakticky nevyčíslitelná, možná i proto tedy není dostatečně oceněná. Pracovní úspěch se zde často měří morálními

a duchovními hodnotami a i toto je důvod, proč zdravotníkům hrozí syndrom vyhoření (Venglářová, 2011 str. 38)

Příznaky syndromu vyhoření se dělí do tří oblastí:

1. Tělesné vyčerpání

Projevuje se chronickou únavou, nedostatkem energie, slabostí, změnami tělesné hmotnosti, vyčerpáním, bolestí hlavy, pocitem nevolnosti, bolestí zad a kloubů, ráno se člověk cítí nevyspalý, neodpočatý, únava je spojená s pocity viny a selhávání.

2. Psychické vyčerpání

Odráží se v negativním postoji k sobě i k druhým, je tu změna dosavadních životních postojů. Emocionálně vybitý člověk se cítí jako ubitý, má pocity bezmoci a beznaděje a nevidí z nich žádná východisko. Život a práce přestávají mít pro člověka smysl, mohou se objevit i sebevražedné myšlenky.

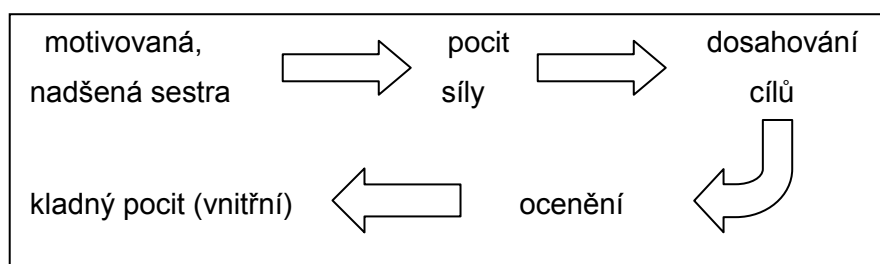
3. Duševní vyčerpání

Člověk se cítí citově vysátý, nechce slyšet žádné další problémy druhých, zažívá pocit, že stejně nemůže pomoci. Přestává být empatický, reaguje podrážděně, nepřátelsky. Vytrácí se radost v kontaktu s lidmi v práci a později i v osobním životě. Rodinu a přátele přestává vnímat jako zdroj radosti a uspokojení, je to pro něj další přítěž (Venglářová, 2011, str. 24, Bartošíková, 2006, str. 22, Hrstka, Vosečková, 2008, str. 35).

Křivohlavý (2002, str. 114 – 115) dělí příznaky syndromu vyhoření na subjektivní a objektivní. Mezi subjektivní řadí velkou únavu, snížené sebeocenění a sebehodnocení vyplývající z pocitů snížené profesionální kompetence. Mezi objektivní příznaky řadí především dlouhodobě sníženou celkovou výkonnost.

U syndromu vyhoření dochází k narušení následujícího řetězce (obrázek 1, zaměřeno na zdravotní sestry).

Obr. 1: Řetězec vzniku syndromu vyhoření (Bártlová, 2005, str. 138)



Stadia syndromu vyhoření

Dnes je syndrom vyhoření nejčastěji znám jako postupně se vyvíjející se proces, který se může vyvíjet několik měsíců až let (Venglářová, 2011, str. 29). Syndrom vyhoření se dělí do několika stupňů a každý z nich zasahuje do jiných částí života. Jednotlivými fázemi jsou:

1. Nadšení – člověk, který poprvé vstupuje do některé z pomáhajících profesí má spoustu ideálů, velké naděje, nerealistická očekávání, do práce se vrhá s nadšením, srší nápady. Dochází k přetěžování se. Tato fáze může trvat dlouho, záleží na osobnosti člověka
2. Stagnace – je to stav, kdy se přestávají realizovat představy a cíle, „upadá“ nadšení. Člověk začíná brát v potaz také osobní život, v práci se už dostatečně rozkoukal. Začíná slevovat ze svých ideálů.
3. Frustrace – typická otázka v tomto období je: „Má vůbec smysl pomáhat lidem?“ Mohou se objevit emocionální a fyzické obtíže. Mohou se vyskytovat problémy ve vztazích na pracovišti.
4. Apatie – chybí zde uspokojení z práce, zdravotník vnímá svou práci jen jako zdroj obživy. Vyhýbá se komunikaci s nemocnými. Dělá jen to co je nutné, vyhýbá se práci navíc, přesčasům.
5. Syndrom vyhoření – dochází k vyčerpání, lhostejnosti. Zdravotník se vyhýbá profesním požadavkům a přestává ve své práci spatřovat nějaký smysl (Dolista, 2010, str. 170-171, Venglářová, 2011, str. 30, Hrstka, Vosečková, 2008, str. 33 – 34).

Prožívání syndromu vyhoření

Člověk, který se blíží k syndromu vyhoření, prožívá sám v sobě: beznaděj, velkou únavu, stres, neustálé napětí, nedostatek energie a síly, sebemenší problém ho zatěžuje, neví si s problémy rady, má nízké sebehodnocení.

Ve vztahu k ostatním: lidé ho obtěžují, chtějí po něm něco, co není schopen, nebo nechce poskytnout, a to jak klienti, tak spolupracovníci, jedná s nimi chladně, nezajímá ho co si o něm druzí myslí, jak ho vidí.

Projevy syndromu vyhoření

Projevy syndromu vyhoření navenek: snižuje se produktivita práce, postupně ztrácí důvěru v sebe samého, člověk má negativní postoj ke světu, je přecitlivělý a podrážděný, ztrácí energii – působí jako bez života, není schopen na sebe brát úkoly a plnit je (Jeklová, 2006, str. 20 – 21).

Obecnými podmínkami na pracovišti, které podporuje vznik syndromu vyhoření, jsou nedostatek personálu, času, prostředků, absence ocenění práce podřízených – pochvaly, uznání, chybí respekt a úcta k lidem, nedostatek příležitostí k odpočinku, příliš velký rozdíl mezi představami a realitou, existuje jen soupeření, konkurence, nadřazenost pracovníka je větší než jeho kapacita, možnosti a schopnosti (Dolista, 2010, str. 216). Dle Bartošíkové (2006, str. 28): „Nejrizikovější pracoviště jsou ta, kde „výdej“ převažuje nad příjmem“, kde zaměstnanci pracují s vysokým osobním a emočním nasazením a dostává se jim jen málo ocenění a uznání nebo výsledky jejich práce jsou málo uspokojivé“

Prevence syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření může postihnout každého, kdo pracuje, nejpravděpodobnější to je u lidí, kteří pracují s lidmi. Pokud syndrom vyhoření vznikne, je důležité, v jaké fázi se nachází a v jaké fázi ho rozpoznáme (Dolista, 2010, str. 221). Je tedy důležité, aby se zdravotník na své povolání dostatečně připravil při studiu. Dále je důležité, aby si každý zdravotník při nástupu do zaměstnání uvědomoval rizika své práce. Zdravotní sestry určitou dobu pracují pod dohledem starších kolegyň či sestry – školitelky, poté musí absolvovat nástupní praxi, ta je daná ze zákona. Toto období je jedno z nejdůležitějších období, kdy se sestra rozhodne, zda bude své povolání vykonávat. Nástupní praxi můžeme považovat za určitou formu supervize. Ti, co pracují v pomáhajících profesích, jsou trvale vystaveni psychické zátěži. Zdravotník by měl vědět, že požádat o pomoc druhého člověka není selháním, ale může být projevem důvěry v druhého. Je důležité mít kolem sebe okruh blízkých lidí. Důležité je sebepoznání a uvědomování si dobrých vlastností, schopností, nedostatků, vlastních pocitů, a to v každé situaci, ve které se nacházíme. Je důležité, aby zdravotník nezapomínal na své zájmy a soukromý život. Někde musí čerpat energii pro své zaměstnání (Venglářová, 2011, str. 33 – 38).

4. Dotazníkové šetření

Ve výzkumné části práce bylo použito dotazníkového šetření. V této kapitole je popsán velmi stručný teoretický základ. Toho bylo využito nejen pro tvorbu dotazníku, ale i pro způsob volby metody šetření.

Dotazování můžeme rozdělit do tří kategorií, přičemž kritériem dělení je způsob kontaktu s respondenty. Jsou to rozhovor, dotazníkové šetření a telefonní interview. V této práci bylo použito již zmíněné dotazníkové šetření.

Rozdíly mezi jednotlivými technikami dotazování

1. Telefonní interview - je dražší než rozesílaný dotazník, ale levnější než rozhovor „tváří v tvář“. Návratnost je zde mnohem lepší než u dotazníků. Zamezí vynechání otázky. Je zde menší pravděpodobnost, že na otázky budou odpovídat jiní lidé, než ti, kteří byli pro výzkum vybráni (např. rodinní příslušníci). Výhodou je větší anonymita. Předpojatost je zde mnohem slabší.
2. Rozhovor – je velice nákladnou techniku sběru informací, je také časově náročný, je zde potřeba zaškolit tazatele, anonymita pro respondenty není až tak přesvědčivá. Pro respondenta je těžší vynechat odpovědi na otázky. V rozhovoru je téměř jisté, že se jedná o osobu, která byla vybrána do výzkumného vzorku.
3. Dotazník – je to efektivní technika, u kterého je možné rozdat dotazníky mezi relativně velké množství respondentů za relativně krátkou dobu. Snadno lze získat informace od velkého počtu respondentů. Náklady šetření na rozptýleném vzorku jsou relativně nízké. Anonymita je zde relativně přesvědčivá. Je zde však snadné pro respondenty vynechat některé otázky. U dotazníku je možné, že otázky budou zodpovězeny někým jiným než vybraným respondentem. Návratnost u dotazníku je velmi nízká (Disman, 2007, str. 141 – 146).

Dotazníkové šetření má své výhody - úspora času a finančních prostředků, data lze obvykle lépe kvantifikovat. Mezi nevýhody patří - menší pružnost (nelze klást doplňující otázky), formulace otázky nemusí být všem srozumitelná, obvykle nižší věrohodnost dat, příprava dotazníku si vyžaduje větší pečlivost (Ferjenčík, 2000, str. 183).

Zdroje chyb při dotazování

Jako zdroj chyb se nejčastěji označuje odmítnutí odpovědi, stupeň pochopení otázky, schopnost a ochota k pravdivé odpovědi, vyjadřovací schopnost respondenta, nedostatky dotazníku, zpracování dotazníku, registrační chyby, tazatel (Foret et. al., 2003).

Dělení otázek používaných při výzkumu

Podle obsahu alternativy odpovědi:

- uzavřené – předem stanoveny varianty odpovědí, je zde snadné zpracování,
- otevřené – respondent nemá předem stanovené odpovědi, zdlouhavé zpracování,
- polouzavřené – nabídka předem stanovených odpovědí, pokud si z nich respondent nevybere, může si doplnit individuální odpověď.

Podle toho zda má otázka zjevný či skrytý význam: přímé, nepřímé.

Další druhy otázek:

- filtrační – rozděluje dotazované na odlišné skupiny (podskupiny) a navrácí je na následující odlišné otázky podle toho, jaká je jejich konkrétní situace,
- kontrolní – ověřují pravdivost odpovědí, otázky s kontrolní funkcí nelze klást na sebe, ale v různých kontextech na různá místa v dotazníku (Zbořil, 2003).

V této práci byl použit kvantitativní výzkum, což je reduktivní zkoumání. „Výzkumník stojící před mnohorozměrností objektu zkoumání si uvědomuje nemožnost zachytit jej přesně ve všech podobách. Vybírá proto některé a ty potom pečlivě studuje. Jeho zjištění mohou být přesnější, ale často jim chybí kontext“ (Ferjenčík, 2000, str. 245).

Dle Dismana (2007, str. 126) by se hypotéza „více jak jedna pětina zdravotnického personálu je závislá na některé z návykových látek“ a hypotéza „profese má u více jak jedné poloviny respondentů vliv na užívání návykové látky.“ dala popsat jako „kvantitativní výzkum testování hypotéz o skupinách, ne o jedincích. Analýza je prováděna na kumulovaných datech o mnoha jedincích a data můžeme kumulovat jen tehdy, jsou-li totožná. Nezbytnou podmínkou je, aby stimuly byly totožné.“

II. Výzkumná část

5. Design výzkumu

Ve výzkumné části této práce, jak již bylo řečeno, bylo pro získání výzkumného vzorku použito dotazníkové šetření. Nejdříve byly vymezeny výzkumné cíle a otázky, výzkumný vzorek, metody výzkumu, technika sběru dat a následně i způsob analýzy získaných dat, z nichž byly poté vyvozeny závěry a na jejichž základě byla otevřena diskuse. V této kapitole jsou popsány také okolnosti ovlivňující samotný sběr dat a metodu výběru výzkumného vzorku.

Jak bylo popsáno, v České republice se tématem závislosti zdravotnických pracovníků dle dostupných informací doposud zabýval pouze MUDr. Trojan z psychiatrické kliniky v Jihlavě, proto byla snaha vycházet při zpracování této práce z jeho studie. Je zde však nutné uvést, že výzkumná část bakalářské práce se výzkumem Trojana sice inspirovala, avšak je soustředěna na sběr dat od zdravotnických pracovníků, kteří svoji závislost na rozdíl od respondentů popsaného výzkumu ve speciálním zařízení neléčí. Jedná se tedy o soubor respondentů, jejichž míra závislosti by se neměla lišit od běžné populace. Jak bylo zmíněno, existuje však předpoklad, že na zdravotníky působí mnohé faktory, jejichž výstupem je stres a v krajním případě syndrom vyhoření:

„Práce ve zdravotnictví je spojena s větší mírou stresu, než je tomu u jiných profesí. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů, rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění a je častým důvodem, proč zdravotníci opouští zdravotnictví. Nadměrný stres zhoršuje zdravotní stav i produktivitu zdravotníků a toto se přenáší i do jejich rodin“ (Bartošíková, 2006, str. 10).

„Definice syndromu vyhoření je celá řada. Některé jsou orientovány na konečný stav, tzn. na stav emočního, fyzického a mentálního vyčerpání, jiné jsou definovány jako proces, který má vlastní vývoj“ (Jeklová, 2006, str. 7). Syndrom vyhoření se nejčastěji objevuje v profesích, které jsou označovány jako pomáhající – tedy u sociálních pracovníků, asistentů, dobrovolníků apod., nejčastěji se však s tímto syndrom setkáváme u zdravotníků (lékařů, zdravotních sester) (Jeklová, 2006, str. 6).

V souvislosti s výše popsaným tvoří následující tvrzení předmět výzkumu této práce: Nadměrný a příliš dlouho trvající stres zvyšuje riziko vzniku závislosti na návykových látkách (Nešpor, 2001, str. 3 - 4).

5.1 Cíle a výzkumné hypotézy

Cíle práce

Jako hlavní cíl práce bylo stanoveno zjištění míry rizika vzniku závislostí u zdravotnických pracovníků.

Dalším z cílů se stalo zjištění, o jaké návykové látky užívané zdravotníky se nejčastěji jedná.

Posledním cílem je ověření souvislosti nadměrného stresu se vznikem samotné závislosti zdravotníků na návykových látkách.

Výzkumné hypotézy

1. Více jak jedna pětina zdravotnického personálu je závislá na některé z návykových látek.
2. Nejvíce zdravotníků je závislých na alkoholu, méně pak na stimulantech a nejméně na lécích.
3. Profese má u více jak jedné poloviny respondentů vliv na užívání návykové látky.

5.2 Metodologie výzkumu

Pro výzkumnou část byla použita kvantitativní metodologie, která při výzkumu umožnila získat veškeré potřebné informace. Jako technika pro sběr dat byl využit standardizovaný dotazník (podrobně popsán v kapitole 4).

Vlastní dotazník obsahoval 10 otázek, z toho 8 uzavřených a 2 polouzavřené. Jeho celé znění ukazuje příloha 4a až 4c. V dotazníku byly použity otázky ke zjištění identifikačních údajů respondentů (pohlaví, věk, pracoviště, profese). Další část dotazníku byla zaměřena na konkrétní spojitost mezi návykovými látkami a prací ve zdravotnictví, obsahovala tedy otázky, které bylo třeba zodpovědět pro objasnění vymezených cílů a hypotéz. Jednotlivé dotazníky byly postupně rozdány na zvolená oddělení nemocnic a nadále i zaměstnancům záchranné služby v Praze. Následně byly dotazníky opět vybrány. Počet rozdaných dotazníků byl 86 kusů. Z důvodu volného rozdání na jednotlivá pracoviště však byl celkový počet navrácených dotazníků 53 kusů.

V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s účelem, cíli a autorem výzkumu. Bylo zde také uvedeno, jakým způsobem mají respondenti dotazník vyplňovat a skutečnost, že vyplnění dotazníku je zcela anonymní. Jedním ze základních pravidel

bylo tedy především nijak neohrožit a nepoškodit účastníky výzkumu. Účast všech respondentů v tomto výzkumu byla zcela dobrovolná.

Zpracování získaných informací z dotazníkového šetření bylo realizováno po ukončení sběru dat. Podklady, tedy zcela vyplněné dotazníky, byly nejprve po jednotlivých otázkách sumarizovány a tyto výsledky byly zaznamenávány do programu Microsoft Excel a Open Office Writer.

K vyhodnocení získaných dat bylo využito především statistické zpracování formou třídění I. stupně, respektive četnostních tabulek a grafů. Grafy znázorňující výsledky výzkumu jsou k dispozici níže při konkrétním vyhodnocení a interpretaci. Z výstupů byly také vyvozeny závěry odpovídající zjištěným datům.

5.3 Charakteristika výzkumného souboru

Za respondenty byli zvoleni zaměstnanci nemocnic v Praze, z nichž byly vybrány tyto čtyři: Všeobecná fakultní nemocnice, Fakultní nemocnice v Motole, Thomayerova nemocnice a Nemocnice na Bulovce. V těchto nemocnicích byla záměrně kontaktována „rizikovější“ pracoviště, tedy ARO/JIP, chirurgie a úrazové ambulance těchto nemocnic, především z toho důvodu, že jsou zaměstnanci těchto oddělení vystaveni zvýšené stresové zátěži. Dále, jak již bylo uvedeno, byli do výzkumu zařazeni i zaměstnanci záchranné služby v Praze. Výběr zdravotnických zařízení ovlivnila předchozí i současná pracovní zkušenost autorky práce. Jelikož mezi zaměstnanci těchto zařízení jsou přátelé a známí autorky, dala se předpokládat větší pravděpodobnost úspěchu výzkumu. Výběr záchranné služby v Praze byl zvolen ze stejného důvodu, proto se výzkumu především zúčastnili zaměstnanci záchranné služby Prahy 8, 9 a 10, což ale nemělo žádný vliv na návratnost dotazníků.

Pro volbu vhodných respondentů byla zvolena metoda účelového výběru, tedy že autor pro svůj výzkum vybral pouze respondenty, kteří pracují ve zdravotnictví a na pracovištích náchylnějších ke vzniku stresových situací.

Distribuci dotazníků na výše uvedená pracoviště předcházelo kontaktování vedoucích pracovníků – vrchních, případně staničních sester jednotlivých oddělení. Tímto způsobem byl v první řadě vyžádán souhlas s prováděním výzkumu a také bylo předpokládáno, že oficiálním oznámením se předejde případným kolizím (ztráta dotazníků, odmítnutí umístění dotazníků na oddělení, neochota umožnit podřízeným dotazníky vyplnit). Dále byly vrchní a staniční sestry obeznámeny, že je žádoucí, aby se vyplnění dotazníků zúčastnili zdravotničtí pracovníci bez ohledu na pozici a všechny v tomto směru přislíbily pomoc. Vrchní a staniční sestry také vhodně umístily dotazníky

na svých odděleních. Dotazník byl koncipován tak, aby při jeho vyplnění bylo minimálně nutné užít vypisování možností (pouze dvě otázky), čímž měla být eliminována identifikace respondenta podle rukopisu.

Celkový počet rozdaných dotazníků byl 86, z toho bylo vyplněno a vráceno 53 dotazníků. Návratnost tedy činila 62%

Předpokládané zkreslení výsledků se zakládá na volbě tématu práce. Ochota respondentů přiznat svoji závislost a popsat veškeré další údaje k tak citlivému tématu je zcela jistě nižší. Zkušenosti autorky práce s výkonem povolání ve zdravotnickém zařízení (osobně zjištěná četnost závislých pracovníků v této profesi) a absence takového výzkumu byly však přesto silnou motivací pro volbu tématu práce.

Závěrečné shrnutí

Cíl výzkumu: Jako hlavní cíl práce bylo stanoveno zjištění míry rizika vzniku závislostí u zdravotnických pracovníků. Dalším z cílů se stalo zjištění, o jaké návykové látky užívané zdravotníky se nejčastěji jedná. Posledním cílem je ověření souvislosti nadměrného stresu se vznikem samotné závislosti zdravotníků na návykových látkách.

Metodologie: kvantitativní výzkum.

Výběr respondentů: účelový výběr – zaměstnanci fakultních nemocnic (region Praha), zaměstnanci Záchrané služby České republiky v Praze.

Počet respondentů: 53

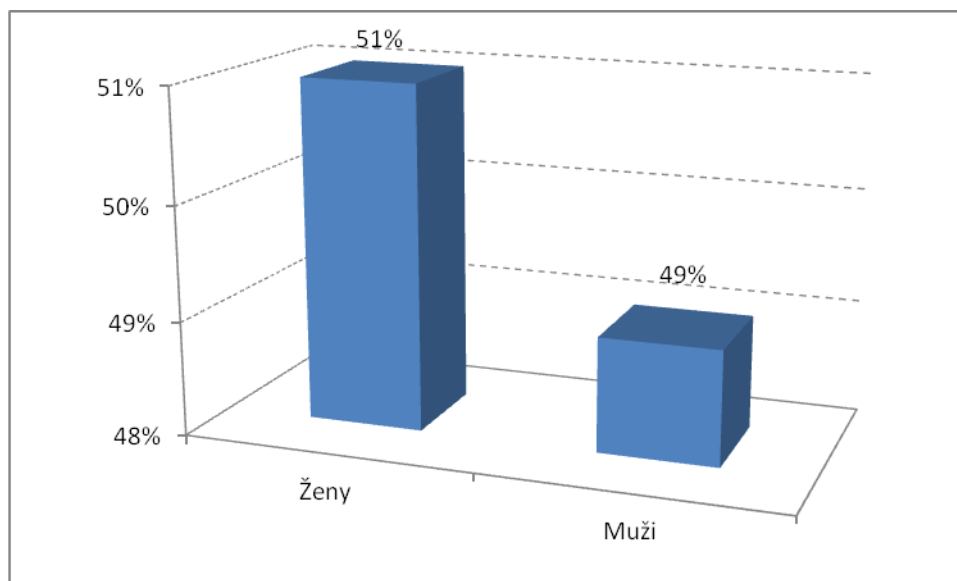
Použitá technika sběru dat: standardizovaný dotazník.

6. Vyhodnocení a interpretace dat

Tato kapitola popisuje výsledky jednotlivých otázek dotazníku v tom pořadí, jak byly zodpovídaný respondenty. Procentuální údaje jsou zaokrouhleny na celá desetinná místa, u vyhodnocení cílů a hypotéz na jedno desetinné místo. Nejprve je věnován prostor vyhodnocení obecných identifikačních údajů respondentů.

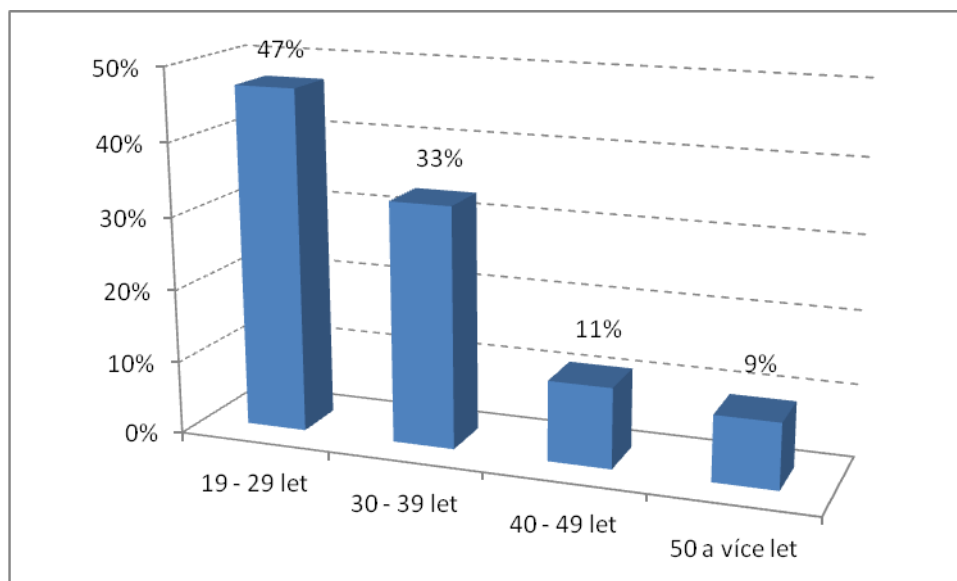
První otázka byla zaměřena na průzkum zastoupení pohlaví mezi respondenty. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 53 respondentů. Z toho 51 % (27) respondentů bylo ženského a 49 % (26) mužského pohlaví. Graf č. 1 tento výsledek ilustruje. Vyrovnanost zastoupení obou pohlaví ne zcela charakteristická pro oblast zdravotnictví je způsobena výběrem respondentů nejen z nemocničních zařízení, ale také ze zdravotnické záchranné služby, kde počet mužů převažuje nad počtem žen. Zdravotnická záchranná služba v Praze dle dostupných informací přijímá pouze muže.

Graf č. 1: Zastoupení pohlaví



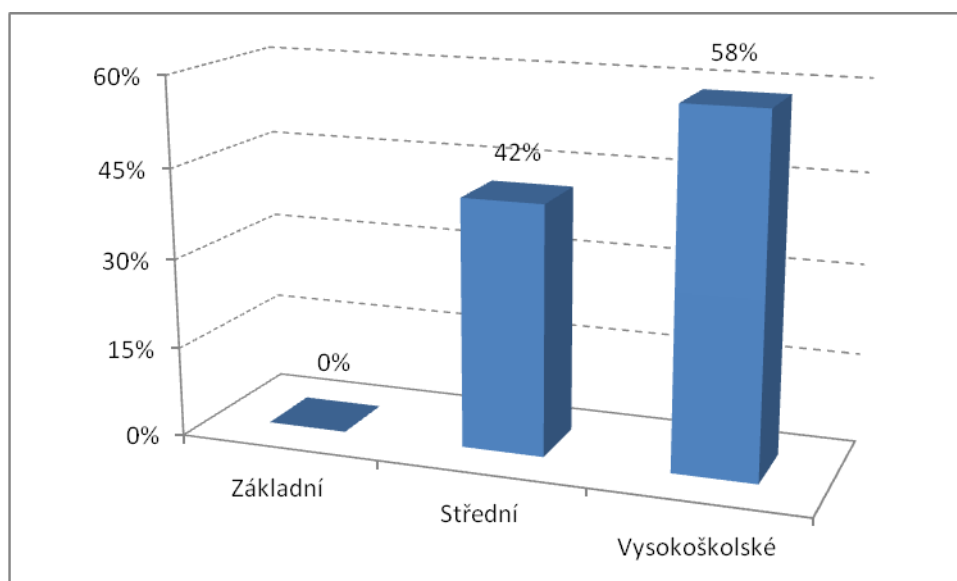
Druhá otázka měla za cíl zjistit zastoupení jednotlivých věkových skupin mezi oslovenými zdravotnickými pracovníky. Z grafu č. 2 lze vyčíst, že největší podíl respondentů byl ve věku 19 – 29 let (25 respondentů, 47%). Druhou nejvýznamněji zastoupenou skupinou byli pracovníci ve věku 30 – 39 let (17 respondentů, 32 %). Nejméně byli zastoupeni pracovníci ve věku 50 a více let (5 respondentů, 9 %), o něco více pak skupina 40 – 49 let (6 pracovníků, 11 %). Na zkoumaných pracovištích tedy převažují respondenti věkově pod 40 let (80 %).

Graf č. 2: Zastoupení věkových skupin mezi respondenty



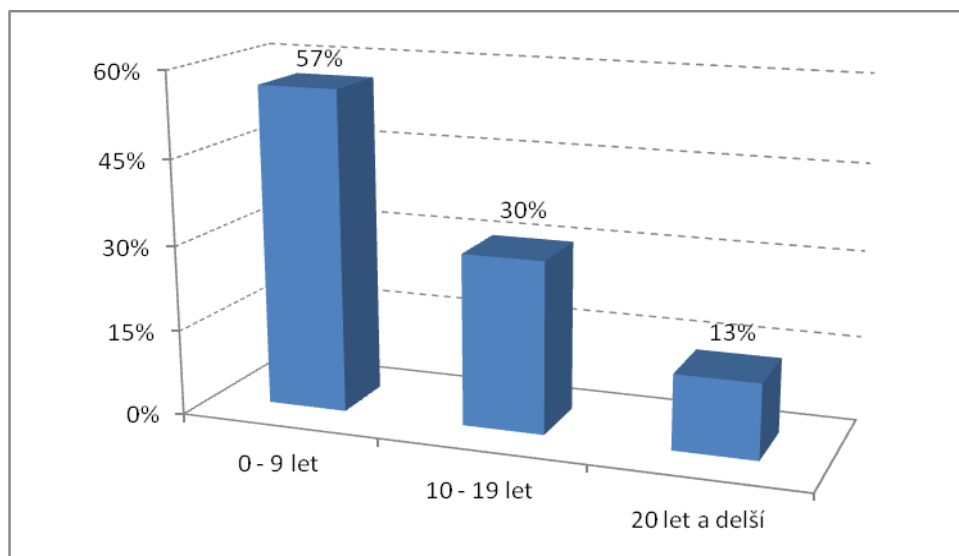
Graf 3 poukazuje na to, že se mezi dotazovanými nacházejí pouze respondenti s vyšším nebo vysokoškolským vzděláním. Žádný z respondentů nedosáhl pouze základního vzdělání, 42 % (22 dotazovaných) dosáhlo středoškolského a 58 % respondentů (31 dotazovaných) dokonce vysokoškolského vzdělání. Výsledky u této otázky ovlivnilo jistě i to, že dotazníky vyplňovali také zaměstnanci Záchrané služby, u nichž je požadováno pouze vyšší či vysokoškolské vzdělání.

Graf č. 3: Vzdělání respondentů



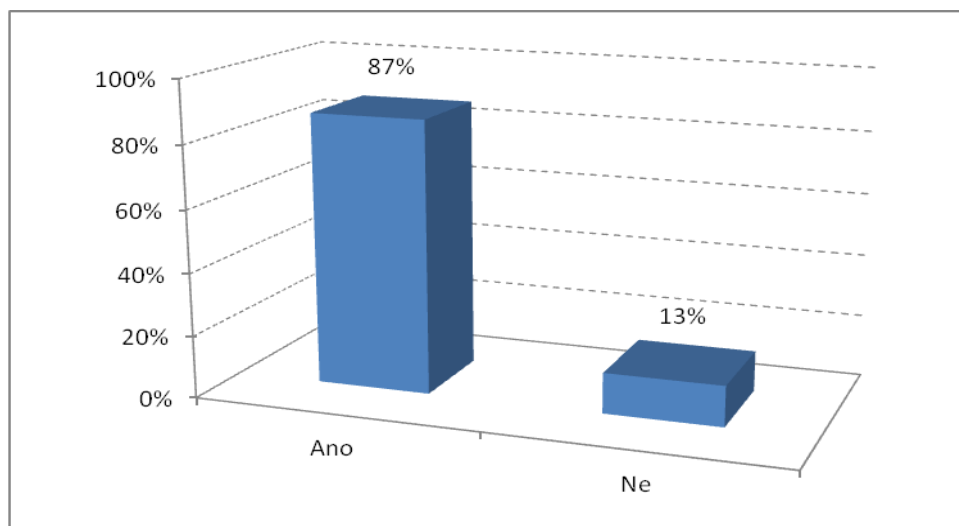
Nejvíce dotazovaných (57 %, 30 respondentů) má délku praxe do 9 let. Níže uvedený graf č. 4 dále znázorňuje, že 30 % (16 dotazovaných) pracuje ve zdravotnictví 10 až 19 let a zbylých 13 % (7 dotazovaných) pracuje ve zdravotnictví již delší dobu než 20 let. Tato otázka má vztah s výsledky předchozích dvou, tedy s otázkou o vzdělání a věku. Délku praxe ovlivňuje věk (velmi zastoupený nižší věk - kratší praxe), ale i délka vzdělání (také velmi zastoupené delší vzdělání – kratší praxe).

Graf č. 4: Délka praxe zdravotnických pracovníků



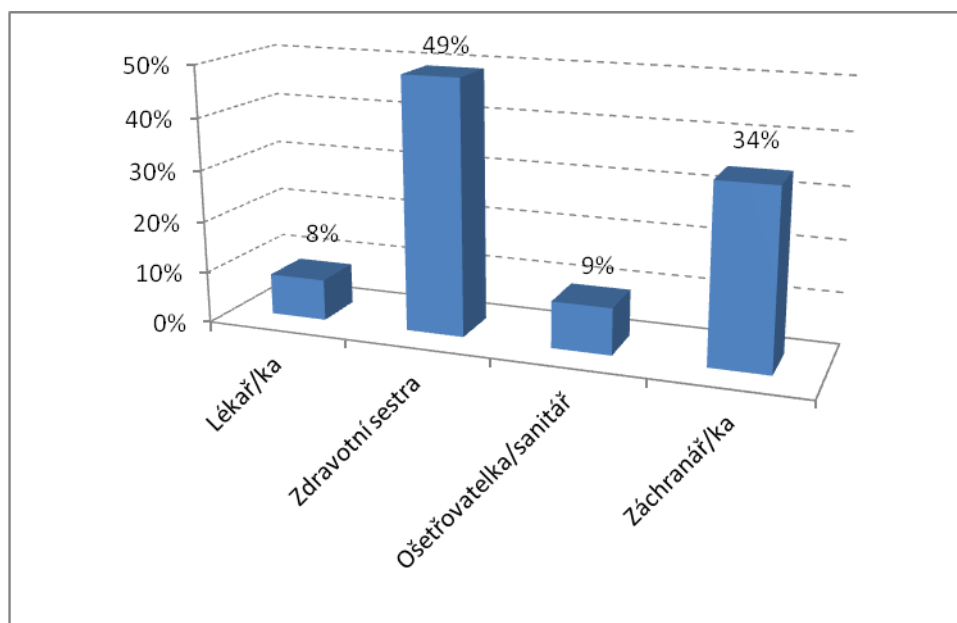
Směnnost provozu ve zdravotnictví je tak rozšířená, že výsledek další otázky, práce na směny, se dal s velkou pravděpodobností očekávat. Z grafu č. 5 je zřejmé, že 87% z dotázaných (46 respondentů) pracuje na směny, 13 % ne (7 respondentů).

Graf č. 5: Práce na směny



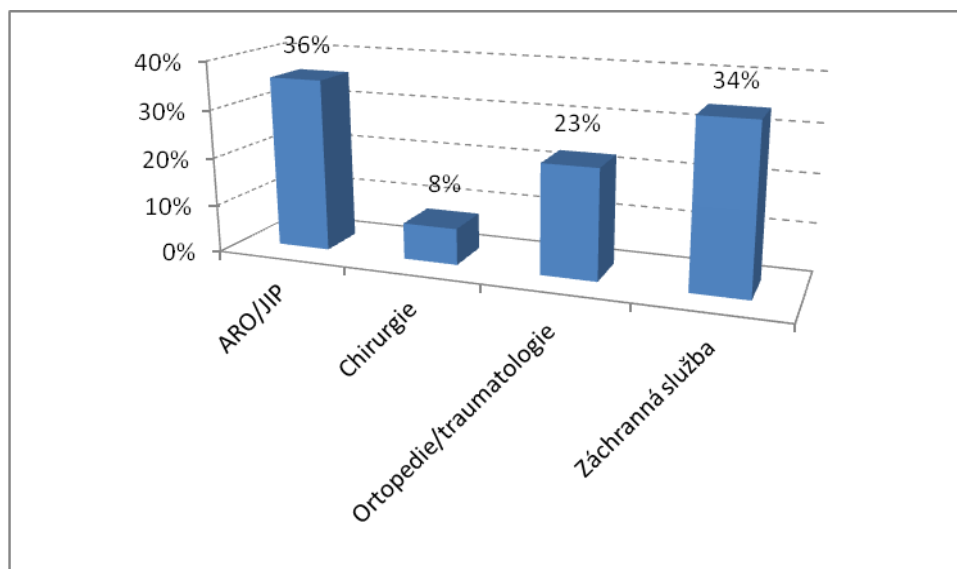
Z výsledků (graf č. 6) vyplývá, že nejvíce ochotné při vyplňování tohoto dotazníků byly zdravotní sestry (49 %, 26 dotazovaných), pak záchranáři (34 %, 18 dotazovaných), sanitáři a ošetřovatelky vyplnili 9 % dotazníků (4 kusy) a nejméně se výzkumu zúčastnili lékaři (8 %, 4 dotazovaní).

Graf č. 6: Profese



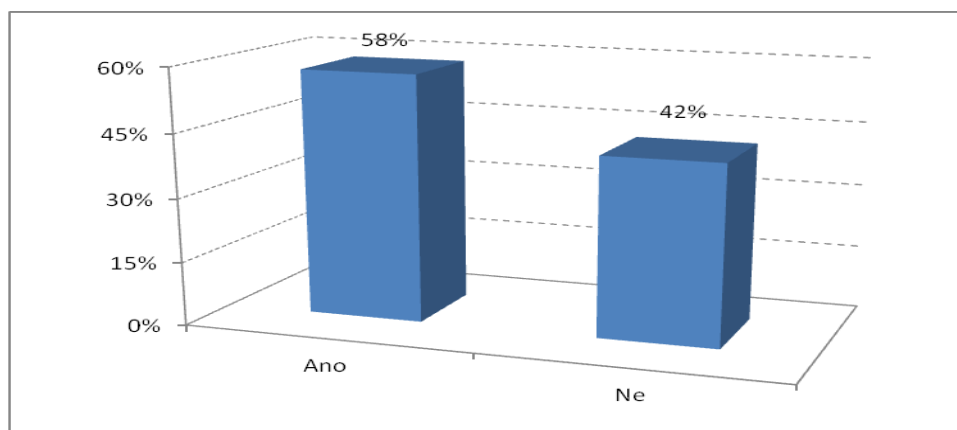
Výzkumu se zúčastnilo nejvíce respondentů z ARA/JIPu (36 %, 19 dotazovaných). Zaměstnanců chirurgie se pak zúčastnilo nejméně (8 %, 4 dotazovaní). Z ortopedie a chirurgie to pak bylo 23 % respondentů (12 dotazovaných) a ze záchranné služby 34 % respondentů (18 dotazovaných). Následující graf č. 7 tuto zjištěnou skutečnost ilustruje.

Graf č. 7: Pracoviště



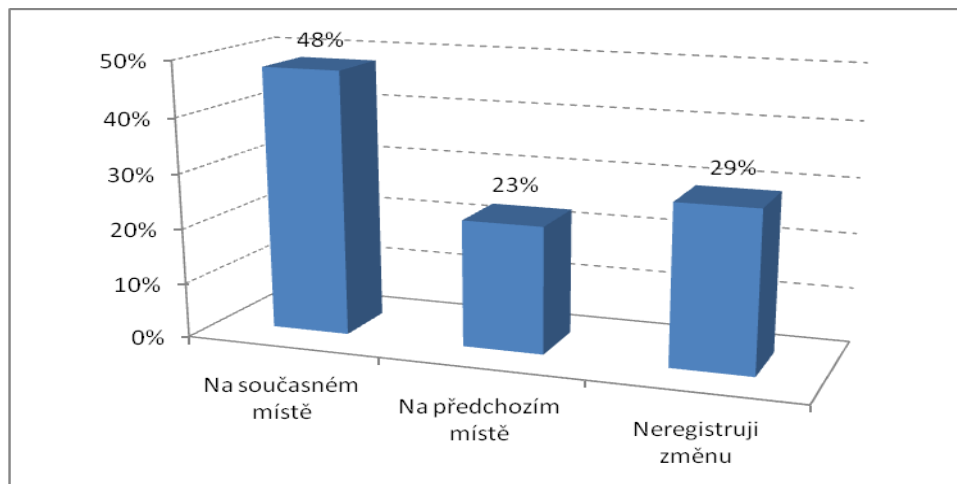
41,5% z dotázaných (22 respondentů) odpovědělo, že nikdy nepracovalo na jiném pracovišti, tudíž nezná práci na jiném oddělení. 58 % (32 respondentů) na jiném pracovišti působil. Graf č. 8 přehledně ukazuje procentuální rozložení u odpovědí na tuto otázku. S tímto výsledkem může souviset i otázka číslo 2. Zde je možné pozorovat oboustrannou závislost, kdy k práci na určitém oddělení je nutné mít i určitou délku požadované praxe. U těch respondentů, kteří dříve odpověděli, že mají praxi kratší než 10 let (období 0-9) lze očekávat větší pravděpodobnost práce na prvním oddělení v jejich profesním uplatnění.

Graf č. 8: Práce na jiném pracovišti



58 % z dotázaných v předchozí otázce uvedlo, že již dříve pracovalo jinde, graf č. 9 znázorňuje odpovědi pouze této části dotazovaných. Na otázku: „Kde se Vám pracovalo lépe?“ odpovědělo 48 % zdravotníků (15 respondentů), že na současném místě se jim pracuje lépe, kdežto 23 % není se současným místem spokojeno (17 respondentů) a 29 % (9 respondentů) neregistruje změnu.

Graf č. 9: Na kterém pracovišti se dotazovanému pracovalo lépe



Vyhodnocení otázek k cílům práce a výzkumným hypotézám

Cíle práce

Jako hlavní cíl práce bylo stanoveno zjištění míry rizika vzniku závislostí u zdravotnických pracovníků. Dalším z cílů se stalo zjištění, o jaké návykové látky užívané zdravotníky se nejčastěji jedná. Posledním cílem je ověření souvislosti nadměrného stresu se vznikem samotné závislosti zdravotníků na návykových látkách.

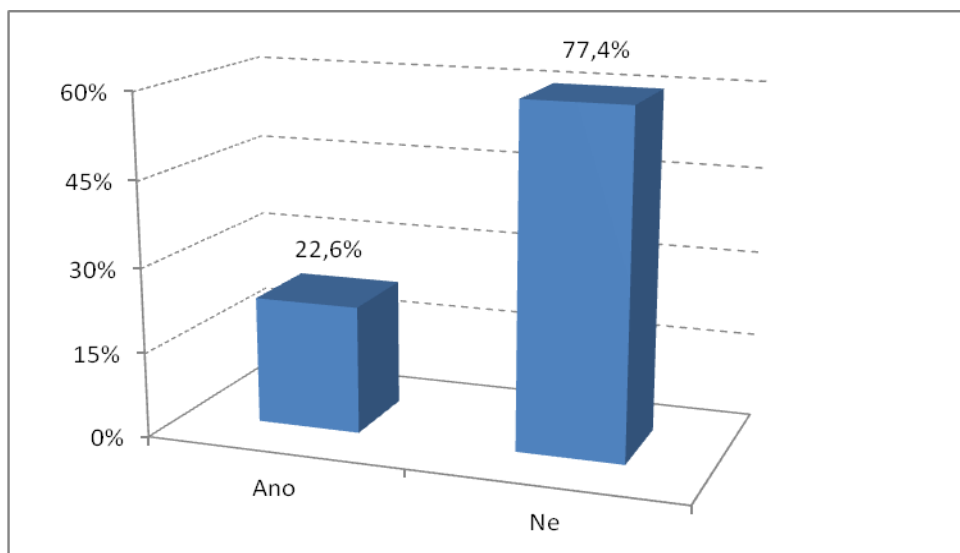
Vyhodnocení cílů práce bude z důvodu nutnosti dřívějšího vyhodnocení souvisejících hypotéz provedeno na konci této kapitoly.

Výzkumná hypotéza 1., vyhodnocení výsledků:

Více jak jedna pětina zdravotnického personálu je závislá na některé z návykových látek.

Jak ukazuje graf č. 10, na otázku: „Byl/a jste někdy v situaci (myšleno dlouhodobě), která zahrnovala alespoň tři z výše popsanych tvrzení?“ (pozn.: tvrzení identifikující závislost) odpověděla většina dotázaných (77,4 %, 41 respondentů), že ne. 22,6 % dotázaných (12 respondentů) svoji závislost uvedlo.

Graf č. 10: Závislost respondentů



Tato hypotéza byla stanovena na základě pracovní zkušenosti autorky. Stanovení hranice hypotézy bylo založeno na podkladu praktické zkušenosti. Na dvou odděleních, která autorka navštěvovala jako zaměstnanec, se dala prokazatelně označit jako závislá na návykových látkách právě jedna pětina, na druhém pak dokonce jedna třetina zdravotníků. Z informací zjištěných od kolegů z jiných pracovišť před započítáním výzkumu pak byla míra závislosti zdravotníků odhadována kolem jedné čtvrtiny. Stanovená hranice

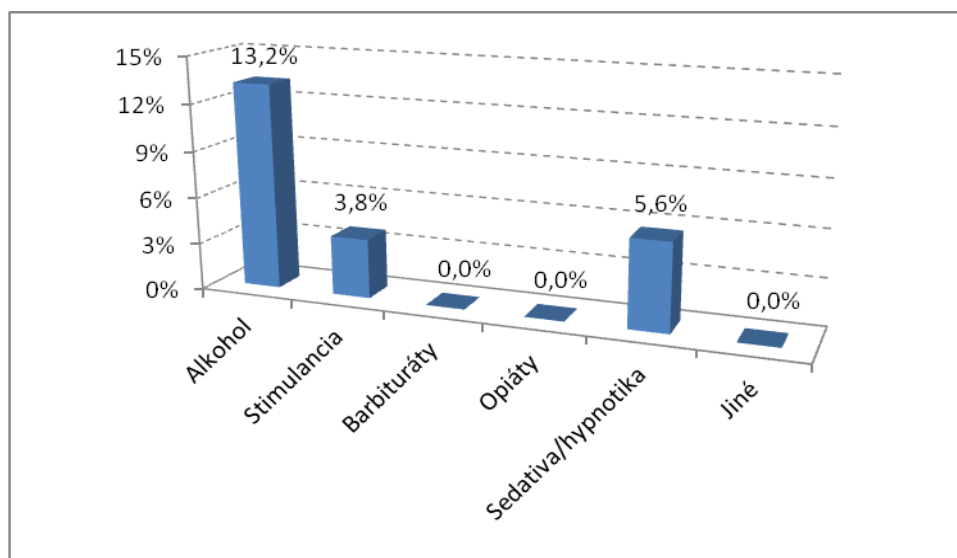
20 % závislých byla tedy nastavena relativně nízko. Výzkumný vzorek o 2,6 % tuto hranici překročil, hypotéza byla tedy potvrzena, avšak výsledek byl očekáván ještě vyšší. Dá se předpokládat, že citlivé téma výzkumu ovlivnilo pravdivost tvrzení při vyplňování dotazníků. Také je možné, že někteří respondenti u sebe znaky závislosti nemusí pozorovat.

Výzkumná hypotéza 2., vyhodnocení výsledků:

Nejvíce zdravotníků je závislých na alkoholu, méně pak na stimulantech a nejméně na lécích.

„Oblíbenost“ určité návykové látky vykresluje graf č. 11. Z něho je patrné, že největší „oblíbenost“ se mezi zdravotníky účastnicími se výzkumu těší alkohol (13,2% zastoupení, 7 respondentů), dále pak sedativa/hypnotika (5,6% zastoupení, 3 respondenti) a stimulancia (3,8% zastoupení, 2 respondenti). Ostatní kategorie návykových látek nebyly respondenty uvedeny ani v jednom z případů. Trojanův výzkum (zmíněný v kapitole 3.2) je v tomto ohledu nepřehledný, avšak alkohol také zaujímá přední místo co do „oblíbenosti“, ať už je jeho výsledek v procentních bodech, nebo v součtu jedinců.

Graf č. 11: Užívaná návyková látka



Hypotéza dvě je splněna pouze z části. Alkohol sice zaujímá s více než dvojnásobným nárůstem přední místo co do oblíbenosti mezi závislými respondenty, léková závislost prezentovaná pouze sedativy/hypnotiky je však na druhém místě. Již bylo dříve zmíněno, že léky jsou pro zdravotnické pracovníky dostupné, stanovení této

hypotézy však opět souviselo s praktickou zkušeností autorky. Při odhlédnutí od malého souboru respondentů (a rozdílu jednoho uživatele návykových látek, který pozice léků a stimulantů dělí) se nabízí tvrzení, že léková závislost, a tedy pravděpodobné zneužívání zdravotnického zařízení, je spíše zdravotníky utajováno a maskováno, než užívání např. tanečních drog, které bylo autorce práce kolegyní/kolegou zcela bez zábran přiznáno.

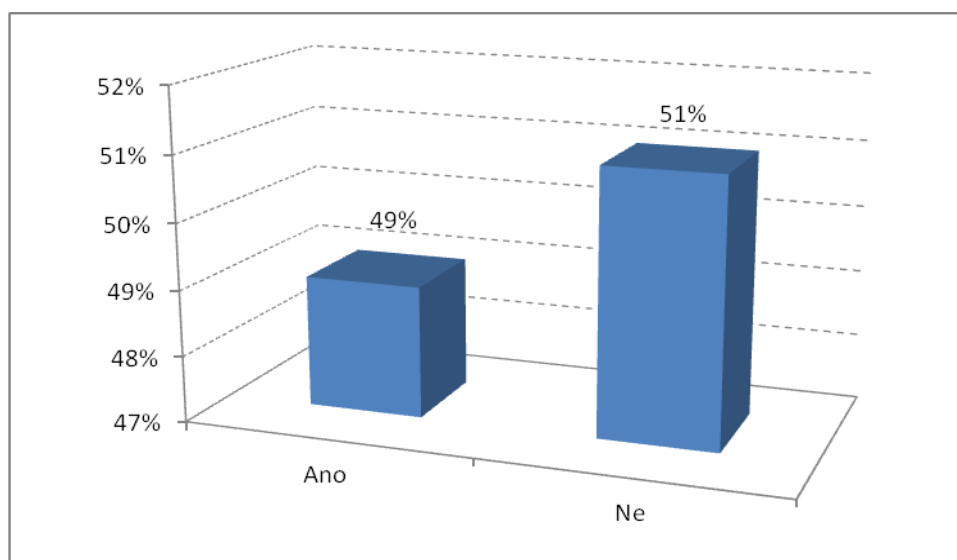
Výzkumná hypotéza 3., vyhodnocení výsledků:

Profese má u více jak jedné poloviny respondentů vliv na užívání návykové látky.

Tato otázka byla otevřena i respondentům, kteří svoji závislost neuvedli. Dojem, že se na užívání návykových látek podílejí faktory vyplývající z profese, má 49 % respondentů (26 dotazovaných). Naopak mírná většina 51 % (27 dotazovaných) odpověděla, že tento vliv nepociťuje. Hypotéza nebyla splněna velmi těsně, zdůvodnění vzniku závislosti na základě náročnosti profese tak nepozbývá na významu.

Trojanův výzkum je v rozložení výsledků rozšířen ještě o jednu možnost, a sice nevyjádřil se, kterou označilo 22 % respondentů. Vliv profese na vznik závislosti udává 35 % respondentů a neudává 43 % respondentů.

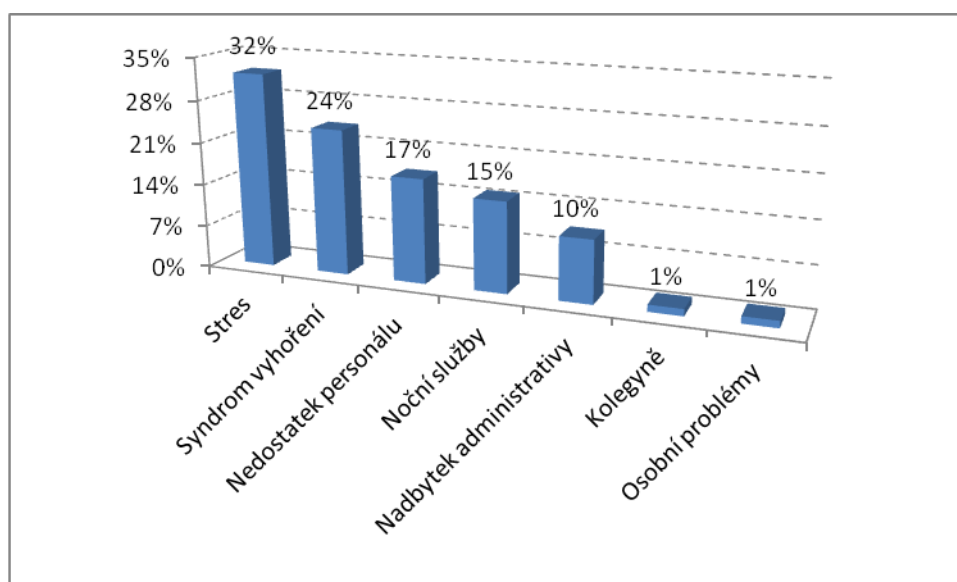
Graf č. 12: Vliv profese na užívání návykových látek



V této otázce bylo velmi zajímavé další rozdělení odpovědí (počet nebyl omezen) na konkrétní faktory, které se na užívání návykových látek podílejí. Za tyto faktory (graf č. 13) byly nejčastěji respondenty souhlasícími s vlivem profese na užívání návykových látek označeny stres (32% četnost označení) a syndrom vyhoření (24% četnost označení). Nedostatek personálu měl 17% četnost označení, noční služby 15%

a nadbytek administrativy 10% četnost označení. Po jednom hlase dostaly možnosti – kolegyně a ostatní problémy, které byly navíc připsány samotnými respondenty v otevřené otázce. Toto připsání možností respondenty je také velmi zajímavé, neboť v jiné části dotazníku využito nebylo. Dá se tedy soudit, že jsou to faktory významné.

Graf č. 13: Faktory podílející se na užití návykové látky



Cíle práce, vyhodnocení výsledků:

Jako hlavní cíl práce bylo stanoveno zjištění míry rizika vzniku závislostí u zdravotnických pracovníků.

Aby bylo možné posoudit, zda je skupina zdravotníků více ohrožena vznikem závislostí, musíme na tomto místě připomenout míru závislosti běžné populace. Rozvinutou závislost na alkoholu se vyskytuje u 7,2 % dospělé populace. Jak vyplývá z výzkumu, u zdravotníků je to 13,2 %. Celoživotní prevalence užívání stimulantů u běžné populace (suma extáze – brána střední hodnota, pervitinu a kokainu) v české dospělé populaci je dle úřadu vlády 13,5 %, dle EMCDDA je tato hodnota 8,6 %. Ve výzkumném vzorku se objevuje tato závislost v zastoupení 3,8 %, nepřekračuje tedy ani jednu z hodnot pro běžnou populaci. Závislost na lécích je ovšem při druhu respondentů výzkumu specifická. Hodnota lékové závislosti dosáhla 5,6 % a nemá u běžné populace srovnání.

Pokud sumarizujeme procentuální zastoupení závislých u běžné populace a stejně tak u respondentů výzkumu, dostaneme se 1,1 násobek závislých zdravotníků oproti běžné populaci. I zde je důležité připomenout, že rozsah výzkumu byl velmi malý

a tak každý z respondentů, který se označil jako závislý, hrál velmi důležitou roli v konečném výsledku. Také nedostupná data (především závislost běžné populace na lécích) a rozdílné údaje mohou velmi ovlivnit výsledek. Na protistraně může stát již uváděná neochota respondentů přiznat závislost. Vyhodnocení tohoto cíle práce ukazuje, že riziko vzniku závislostí je u zdravotnických pracovníků větší, pro skutečně objektivní závěr je nutné opakování a rozšíření výzkumu.

Dalším z cílů se stalo zjištění, o jaké návykové látky užívané zdravotníky se nejčastěji jedná.

Tento cíl byl již vyhodnocen v rámci hypotézy 2. „Oblíbenost“ určité návykové látky vykresluje i graf č. 11 tamtéž.

Posledním cílem je ověření souvislosti nadměrného stresu se vznikem samotné závislosti zdravotníků na návykových látkách.

Již teoretická část práce osvětluje, že stres je u zdravotnických pracovníků velmi častým jevem. Za faktor, který se na užívání návykových látek nejčastěji podílí (předchozí graf č. 13) byl respondenty souhlasícími s vlivem profese na užívání návykových látek označen právě stres (32% četnost označení, syndrom vyhoření 24% četnost označení). Určitá souvislost stresu se vznikem závislostí zdravotníků je tedy zřejmá.

7. Diskuse a závěry

Závislost zdravotnických pracovníků měla autorka práce možnost vidět v obvyklém chodu zdravotnického zařízení. Vícekrát se setkala s chybami kolegů, kteří jednali pod vlivem návykových látek, nejčastěji se jednalo o alkohol. Dokonce se autorka v průběhu praxe všeobecné sestry setkala s propuštěním zaměstnanců nemocnic z důvodu jejich závislosti. Tito zdravotníci se bohužel stali nebezpeční jak sami sobě, tak druhým.

Závislost lidí v oboru se zdál natolik častý, že se autorka práce rozhodla v návaznosti na studium adiktologie dokázat, že riziko vzniku závislostí u zdravotníků je větší než u běžné populace. Největší podíl na vzniku závislostí přikládala nadměrnému stresu, proto i toto zjištění rozšířilo okruh zkoumaného problému.

Výzkumná hypotéza 1, více jak jedna pětina zdravotnického personálu je závislá na některé z návykových látek, byla potvrzena. 22,6 % dotázaných (12 respondentů) svoji závislost pomocí tří ukazatelů závislosti uvedlo. Jak již bylo zmíněno v kapitole výsledky, hranice 20 % pro stanovení hypotézy byla velmi nízká, ve skutečnosti byla závislost očekávána vyšší a dá se předpokládat, že citlivé téma výzkumu ovlivnilo pravdivost tvrzení. Až v souvislosti s tímto výsledkem, tedy na základě této zkušenosti, by se dalo navrhnout, aby byl dotazník koncipován lépe. Především by se dalo navrhnout větší množství detailně propracovaných otázek tak, aby pravý význam nebyl zřejmý.

Výzkumná hypotéza 2, nejvíce zdravotníků je závislých na alkoholu, méně pak na stimulantech a nejméně na lécích, byla potvrzena pouze částečně. Alkohol sice zaujímá s více než dvojnásobným náskokem přední místo co do oblíbenosti mezi závislými respondenty (13,2% zastoupení), léková závislost prezentovaná pouze sedativy/hypnotiky je však na druhém místě (5,6% zastoupení) a závislost na stimulantech je na místě třetím (3,8% zastoupení). Formulace této hypotézy se odvíjela opět od praktické zkušenosti autorky, bohužel však chybně. Pro příští výzkum by se měla tvorba hypotéz opírat o zřejmá fakta (léky jsou pro zdravotnické pracovníky dostupné – vyskytují se v lékárně, jež je na každém oddělení a zdravotníci k ní mají poměrně snadný přístup, jejich účinek je jim známý, lékovou závislost lze maskovat a je spíše utajovaná). Ostatní kategorie návykových látek ani léků (vyjma zmíněných sedativ/hypnotik) nebyly respondenty uvedeny ani v jednom z případů. Neuvedení jiných druhů léků může být také považováno za klamné. Stejně jako v první hypotéze by se pro další výzkum tohoto tématu dalo doporučit větší propracování dotazníku, které by odhalilo i to, co mělo zůstat skryto. Dalším zlepšením pro navazující práci by se mohlo stát i rozsáhlejší propojení výsledků

výzkumu s obecnými údaji o respondentech. Toto propojení by mohlo přinést zajímavé poznatky, je však třeba rozšířit počet respondentů.

Výzkumná hypotéza 3, profese má u více jak jedné poloviny respondentů vliv na užívání návykové látky, nebyla potvrzena. Tato otázka byla otevřena i respondentům, kteří svoji závislost neuvedli. Dojem, že se na užívání návykových látek podílejí faktory vyplývající z profese, má 49 % respondentů, naopak mírná většina 51 % odpověděla, že tento vliv nepocituje. Jelikož hypotéza nebyla splněna velmi těsně, zdůvodnění vzniku závislostí na základě náročnosti profese nepozbývá na významu.

Výsledky výzkumu ukázaly velmi zajímavé skutečnosti. Je však důležité připomenout, že se výzkumu zúčastnil jen zlomek pracovníků ve zdravotnictví, navíc z určitých oddělení a také z jediného regionu. Tento malý počet respondentů měl zajisté vliv na výsledky práce. Dalším doporučením pro pokračující výzkum je tedy mimo již uvedené návrhy i rozšíření souboru respondentů.

Jako hlavní cíl práce bylo stanoveno zjištění míry rizika vzniku závislostí u zdravotnických pracovníků. Rozvinutá závislost na alkoholu se vyskytuje u 7,2 % dospělé populace. Jak vyplývá z výzkumu, u zdravotníků je výskyt této závislosti u 13,2 % výzkumného vzorku.

Pokud sumarizujeme a odečteme procenta závislých na ostatních návykových látkách u běžné populace a stejně tak u respondentů výzkumu, dostaneme se na rozdíl 1,9 nebo 6,8 % ve „prospěch“ závislých zdravotníků. Zde je opět důležité připomenout, že rozsah výzkumu byl velmi malý a tak každý z respondentů, který se označil jako závislý, hrál velmi důležitou roli v konečném výsledku. Také nedostupná data (především závislost běžné populace na lécích) a rozdílné údaje o závislosti na určité návykové látce z různých zdrojů mohou velmi ovlivnit výsledek. Na protistraně může být již uváděná neochota respondentů přiznat závislost. Vyhodnocení tohoto cíle práce ukazuje, že riziko vzniku závislostí je u zdravotnických pracovníků na rozdíl od běžné populace skutečně větší. Opakování výzkumu a jeho rozšíření je však nezbytné.

Dalším z cílů se stalo zjištění, o jaké návykové látky užívané zdravotníky se nejčastěji jedná. Tento cíl byl již vyhodnocen v rámci hypotézy 2 na předchozí straně.

Posledním cílem je ověření souvislosti nadměrného stresu se vznikem samotné závislosti zdravotníků na návykových látkách. Již teoretická část práce osvětluje, že stres je u zdravotnických pracovníků velmi častým doprovodným jevem, výsledek výzkumu

s tímto tvrzením souhlasí (počet odpovědí nebyl omezen, odpovídali dotčení respondenti souhlasící s vlivem profese na užívání návykových látek – tedy 49 % z celkového počtu respondentů). Jako nejčastější faktor ovlivňující užívání návykových látek byl označen stres (32% četnost označení), dále syndrom vyhoření (24% četnost označení). Z toho rovněž vyplývá, že 15 % z celého souboru respondentů považuje svoji práci za stresující.

Závěrem lze napsat, že závislost zdravotnických pracovníků je velkým problémem, který by si zasluhoval řešení. Již při přípravě na různá zdravotnická povolání se studenti učí vypořádat se stresem, syndromem vyhoření, nepodlehnout závislosti. Je však tato příprava dostatečná? Je dostatečně účinná indikace závislých zdravotnických pracovníků a dostatečně nabízena odborná pomoc? Není společnost obecně až příliš tolerantní k určitým typům návykových látek, které zprvu nepovažuje za problém, ale po překročení určité hranice reaguje vyloučením takového člověka? A je vůbec možné pod tlakem povinností, celkového vytížení a nepříjemných situací, se kterými se zdravotník při výkonu svého povolání setkává, zachovat zdravý přístup?

Zlepšení situace nespočívá v jednoduché změně, ale ve změně systému. Bylo by vhodné rozšířit řady zdravotnického personálu, tím rozložit povinnosti na více lidí a eliminovat počet nočních směn na osobu, bylo by vhodné motivovat zdravotníky vyšším finančním ohodnocením, ale možností by se také mohlo stát zavedení cíleného koučinku. Koučink se může stát cestou k vymezení cílů, zlepšování sebereflexe, přijímání větší odpovědnosti, ale také se na hlubších úrovních může zabývat identitou, integritou, případně smyslem života nebo posláním, což jsou ve zdravotnictví zajímavá témata. Koučování odstraňuje obavy, strach a stres, řeší problém vyhoření a umí pracovat i s organizací času a sil.

Pro začátek bych navrhovala alespoň propagaci konzultací s psychologem při výskytu určitého problému či situace. Není tím myšleno pouze selhání zdravotníka, ale také setkání zdravotníka s určitým jevem (konflikt, úmrtí, atp.).

Seznam použité literatury:

revize diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace – Diagnostic and Statistical manual 4th revision, American Psychiatric Association, 1994, přeloženo z WWW: [://psychcentral.com/disorders/](http://psychcentral.com/disorders/)

BÁRTLOVÁ, Sylva: Sociologie medicíny a zdravotnictví, Vyd. 6. Praha.Grada, 2005. 188 s. ISBN 80 – 247 – 1197 – 4.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana: O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Vyd. 1. Praha. NCO, NZO, 2006. 86 s. ISBN -10:80 – 7013 – 439 – 9.

BRŮHA, Dominik. Bulletin [online]. [cit. 2011-11-09]. Profesní povinnosti zdravotníků. Dostupné z WWW: http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/11_2007/36.html

ČINČURA, Jan. Medical Tribune cz. [online]. 2.4. 2007 [cit. 2011-11-09]. Detekce a prevence abusu zdravotníků. Dostupné z WWW: <http://www.tribune.cz/clanek/10363>.

DISMAN, Miroslav: Jak se vyrábí sociologická znalost. Vyd. 3. Praha, Karolinum, 2007. 374,s. ISBN: 978-80-246-0139-7.

DOLISTA, Josef: Práce pomáhajících profesí v oblasti zdravotnictví asociální péče. Vyd. 1. 2010. 454 s. ISBN: 978-80-87386-10-1.

DOUBEK, Pavel. ZDN [online] 5.10. 2006 [cit. 2011-09-11]. Zvládání stresu, duševní hygiena a prevence syndromu vyhoření v ambulanci praktického lékaře. Dostupné z WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/zvladani-stresu-dusevni-hygiena-a-prevence-syndromu-vyhoreni-v-a-272931>.

FORET, Miroslav; STÁVKOVÁ, Jana; VAŇKOVÁ, Anna: Marketingový výzkum: distanční studijní opora. Vyd. 1. Znojmo : Soukromá vysoká škola ekonomická, 2006. 114 s. ISBN: 80-239-7755-5.

FERJENČÍK, Ján: Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Vyd. 1. Praha. Portál. 2000, 256 s. ISBN: 80-7178-367-6.

FÜRST, Maria. Psychologie. Olomouc. Votobia, 1997, 242 s. ISBN – 80-7198-199-0.

GANERI, Anita: Drogy od extáze k agonii, Vyd. 1. Praha, Amulet 2001. 149 s. ISBN: 80-86299-70-8

HRSTKA, Zdeněk; VOSEČKOVÁ, Alena: Kapitoly z psychologie zdraví 2. díl. Učební text pro vysokoškolskou výuku. Vyd. 1, Hradec Králové, Vydala Univerzita obrany. 2008. 64 s. ISBN: 978-80-7231-332-7.

JEKLOVÁ, Marta; Reitmayerová, Eva. Syndrom vyhoření, Praha. Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 31 s. ISBN – 80-86991-74-1

KALINA Kamil et al. Základy klinické adiktologie. Vyd. 1. Praha. Grada. 2008. 392 s. ISBN: 978-80-247-14-11-0.

KALINA, Kamil et al. Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup. Vyd. 1. Úřad vlády České republiky, 2003, 89 s. ISBN: 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil et al. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, Vyd. 1. Úřad vlády České republiky. 2001. 118 s. ISBN: 80-238-8014-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres. Vyd. 1. Praha, Grada. 2010, 128 s. ISBN – 978-80-247-3149-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Vyd. 1. Praha, Portál. 2002, 280 s. ISBN: 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat stres. Praha. Grada. 1994, 190 s. ISBN – 80-7169-121-6.

NEŠPOR, Karel. Návykové látky a pracovní prostředí. České pracovní lékařství, 2, 2001, z WWW: <http://drnespor.eu/addictcz.html>

NEŠPOR, Karel; Csémy Ladislav. Alkohol drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat. Vyd. 5. Praha, Sportprobag, 2003. 84 s.

NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav. Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí – možnosti prevence a časné intervence. Praha. Sportprobag pro Ministerstvo Zdravotnictví ČR. 2001.

NEŠPOR, Karel, Alkohol, jiné návykové látky a stres, z WWW: <http://drnespor.eu/addictcz.html>

NEŠPOR, Karel; Csény Ladislav. Bažení (Craving), společný rys mnoha závislostí. Praha, Sportproag. 1999. 80 s.

MARÁDOVÁ Eva. Prevence závislostí. Praha. Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN – 80-86991-70-9.

MINAŘÍK, Jakub, [online]. 16.9. 2009 [cit. 2011-11-13]. Závislost. Dostupné z WWW: <http://www.odrogach.cz/nactileti/drogy1/zavislost.html>.

MRAVČÍK, Viktor, et al. [Http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/cz#gps](http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/cz#gps) [online]. 2010 [cit. 2011-11-26]. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009 [Annual Report on Drug Situation 2009 – Czech Republic]. Dostupné z WWW: <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/cz#gps>>.

Předpis č. 9/2004 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 291/1991 Sb., O základní škole, ve znění pozdějších předpisů [online]. 18.12.2003 [cit. 2011-11-26]. Zákony pro lidi. cz. Dostupné z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-9>>.

Přepis č. 55/2011Sb. Zákony pro lidi. cz [online]. 01.03.2011 [cit. 2011-11-09]. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dostupné z WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#4175227>>.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv, Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Vyd. 1. Praha. Grada. 2011. ISBN:978-80-247-3174-2.

VIKTORA, Vladimír. Zprávy Idnes. cz. [online]. 6.4. 2010 [cit. 2.9.2011]. Dva miliony Čechů neumějí odolat alkoholu. Každý dvacátý je závislý. Dostupné z WWW: http://zpravy.idnes.cz/dva-miliony-cechu-neumeji-odolat-alkoholu-kazdy-dvacaty-je-zavisly-1f2-/domaci.aspx?c=A100405_173017_domaci_vel

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti [online] 23.04. 2003 [cit. 2011-10.24]. Kofein. Dostupné z WWW: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/k/kofein.

Seznam obrázků

Obr. 1: Řetězec vzniku syndromu vyhoření (Bártlová, 2005, str. 138).....	29
--	----

Seznam tabulek

Tab. 1: Výsledky výzkumu (Trojan, 2010).....	23
--	----

Seznam grafů

Graf č. 1: Zastoupení pohlaví.....	39
Graf č. 2: Zastoupení věkových skupin mezi respondenty.....	40
Graf č. 3: Vzdělání respondentů.....	40
Graf č. 4: Délka praxe zdravotnických pracovníků.....	41
Graf č. 5: Práce na směny.....	41
Graf č. 6: Profese.....	42
Graf č. 7: Pracoviště.....	42
Graf č. 8: Práce na jiném pracovišti.....	43
Graf č. 9: Na kterém pracovišti se dotazovanému pracovalo lépe	43
Graf č. 10: Závislost respondentů.....	44
Graf č. 11: Užívaná návyková látka.....	45
Graf č. 12: Vliv profese na užívání návykových látek.....	46
Graf č. 13: Faktory podílející se na užití návykové látky.....	47

Seznam příloh

Příloha 1: Rozdělení drog podle účinků na psychiku (Kalina a kol. 2008, str. 340).....	56
Příloha 2: Některé důsledky nadměrného stresu a návykového chování (Nešpor, 2001, str. 3 - 4).....	57
Příloha 3: Typické problémy v pracovním prostředí způsobené jednotlivými druhy návykových látek (Nešpor, 2001, str. 3).....	58
Příloha 4a: Dotazník.....	59
Příloha 4b: Dotazník.....	60
Příloha 4c: Dotazník.....	61

Příloha 1: Rozdělení drog podle účinků na psychiku (Kalina a kol. 2008, str. 340)

Látka	Psychická závislost	Somatická závislost	Vzestup tolerance
Stimulancia	Silná	Nevzniká	Silný
pervitin	+ +	-	+ +
kokain	+ +	-	+ +
Halucinogeny	Slabá až žádná	nevzniká	mírný
kanabis	+ -	-	+ -
LSD	+ -	-	+ -
psilocybin	+ -	-	+ -
Tlumivé látky	Silná	Silná	silný
benzodiazepiny	+ +	+ +	+ +
barbituráty	+ +	+ +	+ +
alkohol	+ +	+ +	+ +
opiáty	+ +	+ +	+ +
těkavé látky	+ +	+ -	+ +

Vysvětlivky: + ano, ++ ano velmi, +- může být, - ne.

Příloha 2: Některé důsledky nadměrného stresu a návykového chování (Nešpor, 2001, str. 3 - 4)

	Důsledky nadměrného stresu	Důsledky rizikového chování
Duševní rovina	Neklid, úzkost, roztěkanost, horší soustředění i paměť, poruchy spánku, někdy únik do snění. Kolísání nálad, podrážděnost. Později deprese, zhoršená sebekritičnost, horší kontakt s realitou, egocentrismus, nerozhodnost, apatie, unavenost.	Podobně jako u stresu, navíc známky psychické závislosti jako craving (bažení), zhoršené sebeovládání ve vztahu k návykové látce, zanedbávání jiných zájmů a pokračování vzdor škodlivým následkům.
Tělesná rovina	Svalové napětí, problémy s trávením, nechutenství nebo naopak přejídání, bolesti břicha, plynatost, časté nucení na močení, sevřené hrdlo, sexuální problémy, menstruační poruchy, bolesti hlavy, potíže s páteří, bušení srdce, různé bolesti bez zjevné tělesné příčiny, vyšší riziko srdečních onemocnění, hypertenze, diabetu, oslabení imunitního systému, nemoci pohybového systému a řada dalších psychosomatických onemocnění. Více vykouřených cigaret, vypitého alkoholu anebo vyšší spotřeba psychofarmak. Vyšší riziko úrazů (např. dopravních nehod).	Podobně jako u stresu, navíc tělesné známky závislosti (růst tolerance a odvykací stavy, jestliže příslušná látka tělesný odvykací stav vyvolává) a také zhoršování existujících zdravotních problémů návykovým chováním (např. hypertenze, jaterní problémy, diabetes nebo duševní obtíže).
Rodinný život	Skrytá nebo zjevná napětí v rodině, nedostatek času na druhé, neschopnost jim projevovat sympatii a účast, nedostatečná komunikace, zanedbávání dětí, jejich citová deprivace nebo subdeprivace, neřešené problémy s nimi. Odcizení manželů, manželka se cítí zanedbávaná, přehlížená, osamělá povrchní vztahy bez citové hloubky, frustrace, hněv nebo pocity méněcennosti u partnera, vyšší riziko rozvodů. Nejstarší děti jsou často nuceny přebírat role dospělých (tzv. parentifikace dětí), což nese rizika pro jejich duševní zdraví (včetně vyššího rizika návykových nemocí) a jejich další vývoj.	Podobně jako u stresu, navíc často i existenční problémy, vyšší riziko sexuálního zneužívání dětí nebo jejich týrání, fetální alkoholový syndrom nebo riziko poškození plodu jinými návykovými látkami
Pracovní oblast	Problémy při týmové práci, manipulativní tendence a vytváření zbytečné práce nebo krizí. Postupná ztráta výkonnosti, pokles sebedůvěry a energie, apatie, později soustavné zanedbávání povinností a syndrom vyhoření.	Podobně jako u stresu, navíc selhávání a hrubé chyby při práci. Nedůvěra spolupracovníků či pacientů, pocity viny, které se snaží pracovník kompenzovat zvýšenou aktivitou, což vede v bludném kruhu k vyčerpání a dalšímu návyk.chování.

Příloha 3: Typické problémy v pracovním prostředí způsobené jednotlivými druhy návykových látek (Nešpor, 2001, str. 3)

Skupina látek	Typické problémy v pracovním prostředí
Alkohol	Úrazy, násilné konflikty, zdravotní komplikace, vyšší nemocnost, nespolehlivost, ohrožení dalších osob.
Opioidy	Absence, trestná činnost s cílem opatřit si prostředky na drogu, v některých profesích (farmaceutický průmysl, zdravotnictví) krádeže návykových látek.
Kanabinoidy	Pracovní úrazy, dopravní nehody, ztráta zájmu o práci, u disponovaných i duševní poruchy.
Sedativa a hypnotika	Úrazy (zpomaluje se reakční čas), zdravotní komplikace a vyšší nemocnost, nespolehlivost.
Kokain a pervitin	Úrazy, násilné konflikty, duševní poruchy, vyšší nemocnost, ohrožení dalších osob.
Halucinogeny	Jejich zneužívání není pro pracovní prostředí typické.
Tabák	Zejména vyšší nemocnost, vyšší absence v práci díky nemoci.
Organická rozpouštědla	Může se jednat o bezděčné intoxikace tam, kde se s těmito látkami pracuje. Mohou vyvolávat halucinace.

Příloha 4a: Dotazník

Dobrý den,

předem Vám děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplňování dotazníku týkajícího se výzkumu na téma: Riziko vzniku závislostí u zdravotnických pracovníků v důsledku nadměrného stresu. Tento dotazník slouží jako podklad pro výzkum do bakalářské práce v oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě UK. Dotazník je zcela anonymní, neuvádějte zde proto žádné údaje, které by mohly vést k Vaší identifikaci. Pokud se tak stane, tyto údaje nebudou ve výzkumu použity.

Políčko u zvolené odpovědi prosím zaškrtněte, u některých otázek je prostor pro zapsání vlastní odpovědi. U některých otázek také můžete vybrat více možností.

Děkuji, Romana Chudá

1) Pohlaví :

- ☐ žena
- ☐ muž

2) Věk:

- ☐ 19 – 29 let
- ☐ 30 – 39 let
- ☐ 40 – 49 let
- ☐ 50 a více let

3) Vzdělání:

- ☐ základní
- ☐ střední
- ☐ vyšší/vysokoškolské

4) Délka praxe:

- ☐ 0 - 9 let
- ☐ 10- 19 let
- ☐ 20 let a delší

Příloha 4b: Dotazník

5) Práce na směny:

- ☐ ano
- ☐ ne

6) Profese:

- ☐ lékař
- ☐ zdravotní sestra
- ☐ ošetřovatelka/sanitář
- ☐ záchranář

7) Pracoviště:

- ☐ ARO/JIP
- ☐ chirurgie
- ☐ ortopedie/Traumatologie
- ☐ záchranná služba

8) Pracoval/a jste předtím na jiném oddělení nebo v jiném zařízení?

- ☐ ano
- ☐ ne

Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, kde se Vám pracovalo lépe?

- ☐ na současném místě
- ☐ na předchozím místě
- ☐ neregistruji změnu

Přečtěte si prosím následující:

- nutková potřeba užít nějakou látku, která se může stát návykovou (**alkohol, drogy, léky, atp.**, marihuana a cigarety nejsou předmětem šetření),
- ztráta kontroly při užití této látky,
- opakované užití i přes možné škodlivé následky,
- sehnání látky je na prvním místě před ostatními aktivitami a závazky,
- zvýšená/snížená tolerance na látku,
- odvykací stav při nedostatku nebo při vysazení látky.

Příloha 4c: Dotazník

9) Byl/a jste někdy v situaci (myšleno dlouhodobě), která zahrnovala alespoň tři z výše popsaných tvrzení?

- ☐ ano
- ☐ ne

Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, kterou látku jste užil/a?

- ☐ alkohol
- ☐ stimulancia (extáze, pervitin, kokain)
- ☐ barbituráty
- ☐ opiáty
- ☐ sedativa/hypnotika
- ☐ jiné (napište které):

10) Máte dojem, že se na užívání návykových látek podílí faktory, které vyplývají z Vaší profese?

- ☐ ano
- ☐ ne

Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ANO, o které faktory se jedná?
(může být i více odpovědí)

- ☐ stres
- ☐ syndrom vyhoření
- ☐ nedostatek personálu
- ☐ noční služby
- ☐ nadbytek administrativní práce
- ☐ jiné (napište které):